

ANNALES
DES MALADIES
DE L'OREILLE, DU LARYNX
DU NEZ ET DU PHARYNX

ANNÉE

1880

DE L'ORDRE DE LA LÉGISLATION

DE L'ORDRE DE LA LÉGISLATION

DE L'ORDRE DE LA LÉGISLATION

DE L'ORDRE DE LA LÉGISLATION

CORREIL. — IMPRIMERIE CRÉTÉ.



PARIS

MAISON & CO

MAISON & CO

ANNALES

DES MALADIES

DE L'OREILLE, DU LARYNX

DU NEZ ET DU PHARYNX

Directeurs :

M. LERMOYEZ

Médecin des hôpitaux de Paris,
Chef du service d'oto-rhino-laryngologie
de
l'hôpital Saint-Antoine.

P. SEBILEAU

Professeur agrégé à la Faculté de médecine,
Chirurgien des hôpitaux de Paris,
Chef du service d'oto-rhino-laryngologie
de l'hôpital Lariboisière.

M. LANNOIS

Professeur adjoint d'oto-rhino-laryngologie
à la Faculté de médecine de Lyon,
Médecin des hôpitaux de Lyon.

E. LOMBARD

Oto-rhino-laryngologiste
des
hôpitaux de Paris.

Secrétaire de la rédaction :

S. LAUTMANN, des Facultés de Paris et de Vienne.

Les **ANNALES DES MALADIES DE L'OREILLE ET DU LARYNX** paraissent *tous les mois* et forment chaque année un volume in-8°.

Abonnements : France, **20 francs** ; Union Postale, **25 francs**.
— Chacun des volumes des années 1875 à 1905 est vendu séparément **15 francs**, moins les années 1886, 1891, 1892, qui ne se vendent qu'avec la collection complète.

Il existe encore quelques collections complètes de ces 31 années au prix de **465 francs**.

En retranchant les années 1886, 1891, 1892, le prix est de **360 francs**.

Prix du numéro : 2 francs.

Les publications périodiques ainsi que les communications destinées à la Rédaction doivent être dressées à **M. le D^r E. LOMBARD**, 49, rue de Rome, VIII^e, Paris.

Tout ce qui concerne l'administration doit être adressé à **MM. MASSON et C^{ie}**, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

TOME XXXVI — 1910

DEUXIÈME PARTIE

PARIS

MASSON & C^{ie}, ÉDITEURS

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN (VI^e)

1910

MÉMOIRES ORIGINAUX

I

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES PÉRIOSTITES DU
CONDUIT AUDITIF EXTERNE AU COURS DES OTITES
SUPPURÉES.

Par

LE MARC'HADOUR, et **Léopold CHAUCHEAU,**
de Paris, de Genève.

Il y a une quinzaine d'années, bon nombre de chirurgiens, sinon d'auristes, avaient peine à admettre ou même n'admettaient pas du tout qu'il pût exister des périostites indépendantes de lésions profondes des cavités osseuses apophysaires au cours des otites suppurées. Mais, depuis cette époque, on a publié de nombreuses observations de malades atteints d'otite suppurée, chez lesquels existait une collection purulente sous-périostée à la face externe de la mastoïde, sans que les cavités sous-jacentes présentassent la moindre lésion. Dans nombre de ces cas, l'intégrité de ces cavités a été démontrée par une trépanation qui aurait pu et dû être évitée.

Laissant de côté tout ce qui concerne les périostites primitives du temporal sans otite, bien étudiées dans le rapport récent de Jacques et Gault à la Société française de laryngologie, nous voudrions attirer l'attention sur certaines formes de périostites, dans lesquelles l'infection se propage, de la caisse au périoste du conduit par continuité directe, et peut même arriver jusqu'à la face externe de la mastoïde, les lésions du conduit restant toujours prédominantes.

C'est dire que nous ne nous occuperons pas de ces cas, bien

étudiés par Luc, dans lesquels les lésions dominent aux parties superficielles du temporal, amenant des phénomènes de réaction, œdème, gonflement, rougeur, jusqu'au niveau des paupières ou de l'occiput.

Ces lésions périostées du conduit s'observent surtout chez l'enfant très jeune et donnent alors naissance à un type d'otite très spécial, schématisé pour ainsi dire dans l'observation suivante :

OBSERVATION I. — Enfant de 18 mois, porteur de végétations adénoïdes.

Otite double au cours d'une grippe.

Paracentèse du tympan à droite, puis à gauche.

À droite tout rentre rapidement dans l'ordre.

À gauche un abondant écoulement persiste. Après nettoyage de l'oreille, on voit bomber dans le conduit une masse rouge qui semble être le segment postérieur du tympan repoussé par le pus. Quand l'enfant crie, cette membrane se tend et bombe plus fortement au dehors.

Plusieurs paracentèses sont faites, donnant beaucoup de sang, mais n'amenant aucune diminution de la suppuration. L'enfant est montré à notre maître Lubet-Barbon, qui diagnostique une périostite de la paroi postéro-supérieure du conduit et pense que les paracentèses ont été faites, non pas dans le tympan, mais dans la peau du conduit, soulevée par une collection purulente sous-périostée.

Le traitement, qui avait consisté jusqu'alors en instillation de glycérine phéniquée pratiquée après nettoyage, est modifié. Des mèches aseptiques sont introduites dans le conduit, assez serrées pour repousser les parties molles décollées au contact de l'os. Mais nous avons grand soin de ne pas tasser trop fortement nos mèches afin de ne pas empêcher l'absorption du pus venant de la caisse.

Très rapidement le conduit reprend son calibre normal et permet de voir le tympan, qui avait été masqué jusqu'alors. Il présente une large perforation antérieure, par laquelle s'écoule le pus.

L'ablation des végétations adénoïdes tarit immédiatement ce léger reste de suppuration.

Voici donc un premier type de périostite du conduit que l'on pourrait appeler juxta-tympanal et semi-annulaire. Ce type est très fréquent pendant les premiers mois de la vie,

l'infection s'étendant directement de la caisse au périoste du conduit, probablement au niveau de la membrane de Schrapnell.

Dans le périoste infecté se forme une collection purulente qui le décolle de l'os et bombe sous l'aspect d'une poche plus ou moins fluctuante.

Étant données les dimensions restreintes du conduit auditif externe chez l'enfant et les difficultés d'examen qui en résultent, cette poche peut être facilement prise pour une membrane du tympan distendue et refoulée en dehors par le pus d'une otite.

Il est très important de noter que la paracentèse de cette poche n'assure pas un drainage suffisant si l'on n'en accole pas les parois à l'os sous-jacent par un tamponnement peu serré, qui permette le libre écoulement du pus à travers la perforation tympanique.

Chez l'adulte, le même type, avec localisation des lésions périostées au voisinage immédiat du tympan, peut s'observer et devient d'un diagnostic plus facile, parce que le conduit, plus large, permet de mieux apprécier la topographie du fond du conduit.

OBSERVATION II. — Homme de 39 ans. Première visite le 10 novembre 1908. Le malade souffre depuis trois jours. L'écoulement ne date que de la veille.

Perforation spontanée dans le quadrant postéro-supérieur. Cette perforation semble insuffisante et est prolongée jusqu'en bas. Les douleurs disparaissent, mais la suppuration persiste sans changement pendant cinq semaines. A ce moment, on constate que la paroi postéro-supérieure du conduit bombe fortement et masque en grande partie le tympan. Le diagnostic de périostite juxta-tympanale est porté et confirmé par notre maître Lubet-Barbon et par le Pr Moure. Cependant la persistance de la suppuration pendant des mois nous fait craindre, malgré tout, que l'aditus et l'antre ne participent à l'infection.

La partie bombée est incisée jusqu'à l'os; il s'écoule un peu de sang et de pus, puis le malade est pansé chaque jour avec une mèche de gaze aseptique introduite jusqu'au fond du conduit. Chaque mèche est tachée de pus quand on la retire, mais l'on ne voit pas alors le pus couler en abondance, comme cela aurait

grande chance de se produire si l'infection des cellules de la mastoïde était l'origine de la suppuration.

Le malade n'accuse aucune douleur au niveau de la mastoïde et souffre seulement un peu, pendant la nuit, de la compression exercée par la mèche.

Cet état dure six mois, la suppuration diminue très lentement, et cinq ou six paracentèses faites dans le tympan pour faciliter le drainage semblent n'avoir eu aucun résultat.

Au commencement du mois de mai, des douleurs vives apparaissent, et l'on constate du gonflement de l'entrée du conduit, avec léger empâtement dans le sillon rétro-auriculaire. Dans le conduit même, la paroi postéro-supérieure, près de l'orifice, se montre nettement bombée et douloureuse. Pas de gonflement des ganglions pré ni rétro-auriculaires. La partie bombée est incisée, une mèche humide introduite dans le conduit, un pansement humide appliqué sur l'oreille. Les douleurs cèdent immédiatement; la mèche est souillée de pus pendant quelques jours, puis tout rentre dans l'ordre. Il semble qu'il y ait eu là une poussée, de la profondeur où le périoste était depuis longtemps infecté, vers la superficie, et cette poussée dernière fut le signal de la guérison définitive.

On peut donc observer chez l'adulte cette même forme de périostite qui est si fréquente chez le jeune enfant. Nous aurions pu citer d'autres observations dans lesquelles la périostite est restée exactement juxta-tympanale et semi-annulaire; mais celle que nous avons choisie, par l'extension des lésions sous-périostées jusque dans le voisinage de l'orifice du conduit, nous a paru constituer la transition naturelle entre les cas dans lesquels les lésions restent juxta-tympanales et ceux où elles tendent à s'étendre jusqu'à la face externe de la mastoïde.

Mais, chez l'adulte, si le mode de propagation de l'infection, le traitement, l'évolution sont en tout semblables à ce qu'ils sont chez l'enfant, il n'en est pas moins vrai que les larges dimensions du conduit permettent un diagnostic beaucoup plus facile. La saillie de la poche juxta-tympanale se voit nettement sur un premier plan et permet, en général, de voir sur un plan plus profond la membrane du tympan plus ou moins modifiée dans son aspect.

Cependant, en certains cas, la périostite, d'abord juxta-tympanale et semi-annulaire comme dans les observations qui précèdent, tend à s'étendre au conduit tout entier et donne alors un type analogue à celui que représente l'observation suivante :

OBSERVATION III. — Due à l'obligeance du Dr Richou.

Malade de 40 ans.

Première poussée d'otite en août 1907. Dans les premiers jours de novembre, tout est rentré dans l'ordre; la membrane est cicatrisée, bien mobile, l'audition normale.

Deuxième poussée à la fin de mars 1908 à la suite d'une grippe. Pendant une semaine, phénomènes peu intenses, tympan rouge, non bombé.

Dès les premiers jours d'avril, la paroi postéro-supérieure du conduit fait une saillie mollassse, peu tendue, peu douloureuse; puis l'obstruction du conduit augmente peu à peu et tend à devenir circulaire, empêchant bientôt de voir la membrane.

Pansement avec des mèches de gaze.

Le 8 avril, les douleurs augmentent, et l'on incise la paroi postérieure jusqu'à l'os. La mèche est changée chaque jour. Chaque jour elle est souillée de sang et de pus. La sédation des douleurs ne se fait que très lentement, et le gonflement disparaît d'abord au niveau de la paroi inférieure. On ne trouve que du staphylocoque blanc dans le pus.

Le 17 avril, l'élargissement du conduit est très sensible, mais ce n'est guère que vers le 30 qu'il est suffisant pour bien laisser voir le fond de l'oreille. Les douleurs ont disparu complètement, mais le moindre attachement du fond de la caisse ou même des parois du conduit détermine du vertige.

On emploie alternativement les mèches et l'alcool boriqué, jusqu'à la fin du mois de mai. La dilatation du conduit est alors complète, le tympan est redevenu transparent, mais reste un peu enfoncé et immobile au Siegle. Audition très légèrement diminuée. Depuis lors la guérison s'est maintenue; il n'y a plus eu trace d'écoulement.

Quelques sujets semblent présenter une véritable prédisposition au développement de la périostite du conduit. Telle cette dame dont l'observation suit, qui a déjà eu trois poussées d'otites, chaque poussée s'accompagnant de périostite du conduit.

OBSERVATION IV. — Femme de 34 ans. Arthritique avec phases viscérales.

Bronchites avec sécrétions abondantes chaque hiver. Crises d'hydrorrhée nasale avec hypertrophie pâle du cornet inférieur.

Première otite en 1904. — Quand la malade est vue pour la première fois, elle souffre depuis plusieurs jours.

Tympan droit bombant et rouge. La paracentèse donne issue à du pus, mais les douleurs ne sont pas améliorées. La pression sur la mastoïde, qui n'est d'ailleurs pas empâtée, est douloureuse, mais l'abondance de l'écoulement peu considérable. En même temps la paroi postéro-supérieure du conduit est bombée dans la profondeur, au contact du cadre tympanal. Plusieurs paracentèses du tympan sont faites, mais elles ne semblent pas influencer beaucoup l'évolution des lésions.

En un mois, otite et périostite guérissent sans laisser de trace.

Deuxième otite en 1906. — Otite double. Paracentèse des deux tympans. A gauche tout rentre vite dans l'ordre. A droite, les douleurs persistent, s'étendent à la mastoïde et irradient dans toute la tête, surtout du côté de l'articulation de la mâchoire, qui a peine à se mouvoir pendant la mastication. La pression dans le sillon rétro-auriculaire est légèrement douloureuse.

En même temps paraît un gonflement de la paroi postéro-supérieur du conduit, qui masque complètement le fond de l'oreille. Ce gonflement est nettement élastique. L'incision donne issue à un peu de pus et de sang, pansement avec une mèche très légèrement serrée. Guérison en une quinzaine de jours.

Troisième otite en 1910. — Double otite grippale ouverte spontanément. Le drainage est très large et se fait en bonne place à la partie inférieure du tympan.

Il y eut cette fois, des deux côtés, de la périostite du conduit très douloureux avec rétrécissement masquant le fond de l'oreille. Pas de gonflement de la mastoïde, mais un peu de douleur à la pression dans le sillon rétro-auriculaire.

Guérison en trois semaines.

Enfin, dans certains cas, le décollement du périoste par le pus peut se faire de proche en proche, jusque sur la face externe de l'apophyse, et l'on se trouve en présence d'un abcès rétro-auriculaire.

Si l'on n'a pas assisté à l'évolution de la maladie, on sera amené, presque fatalement, à rattacher cet abcès à une

mastôidite sous-jacente. Nous rapporterons, au chapitre diagnostic, deux observations de ce genre et nous y puiserons une leçon qui nous permettra, dans certains cas, de ne pas trépaner une apophyse saine baignant simplement dans le pus par sa face externe.

DIAGNOSTIC. — Tels sont, rapidement esquissés, les divers aspects sous lesquels peut se présenter la périostite, suivant que l'infection partie de la caisse s'est propagée plus ou moins loin dans le conduit auditif externe. Aux divers stades de cette progression, des erreurs de diagnostic peuvent être commises.

Nous examinerons successivement celles qu'il faudra nous efforcer d'éviter suivant que la périostite reste au stade juxta-tympanal ou bien s'étend dans le conduit, ou même gagne la face externe de l'apophyse mastoïde.

1° *Stade juxta-tympanal.* — Chez le nouveau-né, si la périostite reste localisée au voisinage du tympan suivant le type que nous avons décrit, elle pourra facilement passer inaperçue si l'on n'est pas bien prévenu de son extrême fréquence.

Au fond d'un canal étroit, chez un enfant qui se laisse difficilement examiner, on sera tenté de prendre (comme cela est arrivé à l'un de nous chez le malade de notre première observation) une poche purulente dont les enveloppes sont en réalité formées par tous les plans cutanés et sous-cutanés, périoste compris, qui recouvrent la paroi osseuse du conduit auditif, pour une membrane tympanique bombée et distendue par le pus. Si l'attention n'est pas attirée préalablement sur la nécessité de faire cette distinction, l'erreur sera presque fatale. Étant donnée la très grande fréquence de ces cas, il est bien certain que bon nombre de paracentèses pratiquées chez le nouveau-né ont ouvert cette poche en respectant le tympan.

Avec un bon éclairage et de la patience, on arrivera cependant à avoir l'impression, ou même à se rendre nettement compte, que la membrane en cause est située moins profondément que ne devait l'être le tympan. On s'apercevra qu'elle se continue directement avec la peau du conduit dans toute

la partie postéro-supérieure de sa circonférence, sans ligne de démarcation nette, par une élévation insensible. Si l'on arrive à redresser suffisamment le conduit et à y introduire un spéculum assez volumineux, on verra au contraire que, en bas et en avant, une ligne très nette, une ligne de contact sépare la poche de la peau du conduit.

L'erreur n'aurait d'ailleurs pas très grande importance. L'indication de la paracentèse existe dans les deux cas, mais il est cependant bon de savoir que, si l'on ouvre une simple collection sous-périostée, les douleurs persisteront probablement tant que le tympan ne sera pas à son tour largement ouvert. Il ne faut pas compter sur la sédation rapide, qui aurait chance d'amener l'incision directe de la membrane tympanique distendue par une collection purulente.

En outre, il faut se rappeler que le traitement ne devra pas être le même, suivant que l'incision aura ouvert la caisse ou une simple collection sous-périostée. Dans le premier cas, chacun appliquera le traitement de l'otite qui lui semble le meilleur. Dans le second cas, il n'y aura pas à choisir entre plusieurs modes de traitement; il sera absolument indiqué d'introduire dans le conduit auditif externe, jusqu'au contact du tympan, une mèche de gaze assez serrée pour maintenir le périoste décollé au contact de l'os, assez lâche pour ne pas empêcher l'issue du pus.

Il ne faudra pas non plus se hâter de conclure à une chute de la paroi postéro-supérieure du conduit trahissant l'envahissement par le pus des cellules limitrophes du conduit en même temps que des autres cellules de l'apophyse.

En cas de lésions osseuses, la tuméfaction est plus dure, plus diffuse, fait plus corps avec les parties profondes.

Les réactions du côté de la mastoïde, qui peuvent n'être pas nettes au début, ne tardent pas à s'accroître et ne laissent plus place au doute.

Chez l'adulte, le conduit plus large permet un examen plus complet, et l'erreur n'est guère permise. Au spéculum, en effet, l'aspect est caractéristique. Sur un premier plan apparaît la tuméfaction de la paroi postéro-supérieure du conduit, qui cache toute la partie correspondante de la

membrane et peut même arriver à la cacher presque entièrement. Mais presque toujours, cependant, on peut apercevoir en bas et en avant, sur un second plan plus profond, le tympan perforé ou non, plus ou moins modifié dans son aspect.

2^e Stade d'extension au conduit. — Quand la périostite ne reste pas localisée au voisinage du tympan, mais s'étend dans le conduit auditif vers son orifice externe, elle ne donne plus une image otoscopique aussi caractéristique. Presque toujours alors elle tend à envahir toute la circonférence du conduit, et il peut devenir difficile de la distinguer de la furonculose. Dans les deux cas, mêmes douleurs vives, même saillie très sensible en un point du conduit, avec réaction accentuée des parties molles voisines. Les commémoratifs seront d'un grand secours si la poussée furonculaire s'est faite dans une oreille vierge de tout écoulement, n'ayant pas été, dans les jours précédents, le siège de crises douloureuses, surtout si elle garde des traces de lésions eczémateuses. Mais il peut arriver, et tous les otologistes ont observé des cas semblables, que la furonculose se développe dans une oreille atteinte déjà d'otite suppurée, le pus qui s'écoule de la caisse venant infecter directement un ou plusieurs orifices pilo-sébacés.

Même dans ces cas, cependant, une minutieuse analyse des symptômes permettra de faire le diagnostic. En cas de furonculose, l'infection semble plus superficielle et plus portée à envahir le pavillon de l'oreille. La peau du conduit et de la conque prend un aspect de peau d'orange; le pavillon est très rouge, les ganglions pré et rétro-auriculaires tuméfiés et douloureux. Les douleurs sont en général beaucoup plus vives en cas de furonculose; douleurs spontanées, douleurs dès que l'on exerce la moindre pression sur la tumeur, douleurs au moindre attouchement, au plus léger tiraillement du pavillon.

Dans d'autres cas, il pourra être très difficile de reconnaître si le gonflement localisé du conduit est en rapport avec une simple périostite par propagation ou avec une infection des cellules limitrophes du conduit. Rappelons que cette affection

peut exister comme complication d'une otite moyenne suppurée, sans réaction notable du côté de l'apophyse elle-même. L'observation suivante nous en fournit un bon exemple :

OBSERVATION V. — Due à l'obligeance du Dr Richou.

Maitre d'hôtel, 42 ans, présentant des lésions bacillaires du sommet droit.

Début le 10 septembre 1909. Pendant trois jours, vives douleurs dans l'oreille gauche avec fièvre. Le premier jour, l'écoulement par le conduit s'établit spontanément, mais n'amène pas un soulagement complet. Vient consulter au bout de dix-huit jours seulement. Pus abondant, perforation bas située, au-dessus du manche du marteau, liquide non pulsatile, rien à la mastoïde. Surdité très accentuée. Alcool boriqué.

25 Octobre. — Le liquide est devenu pulsatile. Chute de la paroi postéro-supérieure du conduit et léger empatement rétro-auriculaire. Toute la région péri-auriculaire est douloureuse, spontanément et à la pression, avec irradiation vers la région temporale et occipitale.

30 Octobre. — Douleurs plus vives. On pratique une large paracentèse et on incise la paroi postéro-supérieure au point culminant du gonflement. Tamponnement lâche à la gaze aseptique, changé chaque jour. Les douleurs se calment, mais l'écoulement ne se modifie pas.

15 Novembre. — L'orifice de l'incision de la paroi ne se ferme pas, donne toujours issue à du pus et est en partie marqué par une granulation qui est enlevée à la curette. Un stylet, introduit dans l'orifice, indique un décollement étendu du périoste. L'os dénudé est rugueux. Malgré des cautérisations répétées au nitrate d'argent et plusieurs curettages, la granulation se reproduit toujours à l'orifice de la fistulette, tandis que l'écoulement de la caisse devient insignifiant.

15 Décembre. — Cicatrisation complète du tympan ; le conduit a repris complètement son calibre normal et l'ouïe son acuité.

25 Décembre. — La fistule est complètement cicatrisée, et nous pensons avoir eu affaire à une simple périostite du conduit.

Mais un mois plus tard la fistule est ouverte de nouveau et laisse suinter une goutte de pus. Un stylet introduit dans son trajet montre que l'os est toujours dénudé sur la même étendue.

Actuellement, trois mois plus tard, l'état reste stationnaire, et il est évident que le diagnostic primitivement porté était inexact et

que l'on se trouve en présence d'une ostéite des parois superficielles des cellules limitrophes du conduit. Il sera, dans ce cas, nécessaire d'intervenir largement par l'antre pour détruire les parties osseuses malades.

Dans un cas semblable, il n'y aurait guère que l'évolution des symptômes qui pourrait permettre de diagnostiquer la localisation exacte des lésions anatomiques.

3° *Abcès rétro-auriculaire.* — Il peut arriver enfin, nous l'avons vu, que le décollement du périoste s'étende de proche en proche jusque sur la face externe de l'apophyse. Il sera parfois très difficile, si l'on n'a pas assisté à l'évolution de la maladie, de rapporter à sa véritable origine une collection ainsi placée.

OBSERVATION VI. — Enfant de 8 ans, amené à la consultation porteur d'une grosse collection purulente rétro-auriculaire qui repousse le pavillon en avant. L'oreille coule depuis dix jours.

L'établissement de l'écoulement n'a amené que peu de sédation des douleurs, qui sont encore très vives.

A l'examen otoscopique, nous croyons constater la chute classique de la paroi postéro-supérieure du conduit. Mais cependant cette chute est plus accentuée qu'elle ne l'est ordinairement; la totalité du conduit se trouve obstruée, et cela peut-être aurait déjà dû attirer notre attention.

L'abcès est ouvert, et la corticale mastoïdienne apparaît absolument saine. Sachant combien il est parfois difficile de trouver le point osseux malade qui a permis à l'infection de cheminer des cavités profondes à la surface, nous ne nous laissons pas arrêter par cette apparence, et nous ouvrons largement l'antre. Il est absolument sain. Du côté de l'aditus, il n'existe pas de lésion appréciable, si ce n'est un gonflement de la muqueuse assez accentuée pour obturer sa lumière et avoir empêché peut-être le passage du pus de la caisse dans les cavités antrales.

La cavité antrale est bourrée de gaze aseptique, et nous revenons examiner les parties superficielles. Nous constatons alors que le décollement du périoste, étendu à la face externe de la mastoïde sur une largeur suffisante pour avoir rendu toute rugination inutile avant l'attaque de l'os, se continue jusqu'au fond du conduit auditif externe en un véritable tunnel ostéopériostique, dont la demi-circonférence osseuse est formée par la paroi postérieure du conduit.

Tamponnement assez serré du conduit à la gaze aseptique, changé tous les deux jours.

Dès le premier pansement, le calibre du conduit est rétabli. Le tympan présente à sa partie antérieure et inférieure une petite perforation qui laisse sourdre une goutte de pus. Les douleurs ont complètement disparu. Dès le quatrième pansement, la suppuration de la caisse est tarie. La plaie rétro-auriculaire se ferme en trois semaines; il reste une très légère dépression à son niveau.

Quelques semaines plus tard, il nous fut donné d'observer un autre enfant dans des conditions analogues. Instruits par l'expérience, nous ne trépanâmes pas l'apophyse, et la guérison se fit aussi complètement et plus rapidement que dans le cas précédent.

OBSERVATION VII. — Une petite fille de 12 ans, dont l'oreille était douloureuse depuis quinze jours et coulait depuis une semaine, nous est amenée par ses parents. Nous constatons l'existence d'un abcès rétro-auriculaire, repoussant l'oreille en avant avec chute extrêmement accentuée de la paroi postéro-supérieure qui obstrue presque entièrement le conduit. La paroi procidente est molle, et il nous semble, mais cela n'est pas net, qu'une pression exercée sur la collection rétro-auriculaire soulève un stylet introduit dans le conduit au contact de la partie saillante. Mais ces manœuvres déterminent une vive douleur et sont rendues difficiles par le rétrécissement considérable du conduit.

Incision de l'abcès rétro-auriculaire. Le périoste est décollé sur la largeur d'une pièce de 10 centimes. L'os paraît sain, mais la pression exercée dans le conduit auditif fait remonter dans la plaie un flot de pus.

Après nettoyage, nous constatons que, comme dans le cas précédent, un véritable tunnel ostéopériostique prolonge le décollement jusqu'au fond du conduit. Nous nous gardons bien de trépaner l'apophyse, et nous nous bornons à tamponner le conduit avec une mèche aseptique peu serrée. Pansement à plat derrière l'oreille.

Dès le réveil, les douleurs ont disparu. Pansement le deuxième jour. Le conduit a déjà repris un calibre suffisant pour permettre l'examen du tympan. Il y a un peu de pus au fond du conduit, mais il n'est pas possible de voir où siège la perforation de la membrane.

Pansement tous les deux jours. Au troisième pansement, il n'y a

plus de pus dans le conduit, qui a repris complètement son calibre normal.

La plaie rétro-auriculaire est entièrement cicatrisée le dixième jour.

Dans ces deux observations, il aurait été possible de faire le diagnostic pré-opératoire en examinant minutieusement les caractères de la tuméfaction du conduit et ses rapports avec la collection rétro-auriculaire. Mais il eût été surtout possible, après incision jusqu'à l'os, d'éviter dans les deux cas l'ouverture de l'antre. Sans tenir compte de l'intégrité de la corticale, qu'il est souvent difficile d'apprécier, il eût suffi de chercher (comme nous l'avons fait chez notre second malade) si la collection sous-périostée rétro-auriculaire ne se continuait pas avec une collection également sous-périostée du conduit auditif.

En résumé :

Très souvent, chez le nouveau-né, l'infection de la caisse se propage au périoste du conduit et donne naissance au type spécial d'otite que nous avons décrit.

Chez l'adulte, ce même type peut exister, mais les lésions ont tendance à rester moins localisées au voisinage du tympan et à envahir soit la circonférence entière du conduit, soit la face externe de l'apophyse mastoïde.

Il est important de bien connaître ces différentes formes :

a. Forme juxta-tympanale, pour éviter, chez le nouveau-né, de faire coup sur coup plusieurs paracentèses dans la peau du conduit au lieu d'ouvrir la membrane du tympan ;

b. Forme étendue au conduit, pour ne pas la confondre avec une simple furonculose du conduit ou une infection profonde des cellules limitrophes ;

c. Abscess rétro-auriculaire, pour savoir ne pas attribuer à des lésions profondes de la mastoïde certains abscess de sa face externe. Dans ce dernier cas, le diagnostic ne pourra parfois être porté qu'après incision des parties molles jusqu'aux plans osseux.

QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR LE RELEVEMENT DU TYMPAN.

Par **BIRMAN-BERA,**

Médecin du dispensaire communal de Bucarest.

Si la question de la membrane du tympan a été fort bien étudiée au point de vue de sa forme, de sa couleur, de ses dimensions, de sa constitution anatomique, etc., il me paraît qu'il n'en fut pas de même de son obliquité. La question mérite à notre sens plus d'attention; elle exigera encore bien des études et sera encore le sujet à bien des controverses.

On sait que la membrane du tympan n'est pas située dans un plan cardinal; elle est même inclinée de telle sorte qu'elle regarde en bas, en avant et en dehors, en formant un angle obtus avec les parois supérieure et postérieure, et un angle aigu supplémentaire du premier, avec ses parois antérieure et inférieure (1).

L'angle que forme la membrane du tympan avec l'horizon s'appelle l'angle d'inclinaison, et c'est sur cette inclinaison que nous nous permettons d'insister.

Or, ce qui est certain, c'est que cet angle n'a rien de fixe; il n'est pas absolument le même sur tous les sujets, et, à part cette variation anatomique (car les modifications ou altérations pathologiques ne le modifient pas), il dépend aussi de l'âge du sujet.

On enseigne généralement que, chez le fœtus, le tympan est presque horizontal, qu'il se relève déjà chez le nouveau-né, qu'il forme avec l'axe du conduit un angle de 30 à 35° et que, chez l'adulte, il atteint en général 40 à 45°. Au niveau du sinus tympanique — portion hypotympanique — l'angle est franchement aigu, de 27° environ (2).

(1) LERMOYER et BOULAY, Thérapeutique des maladies de l'oreille, p. 20.

(2) TESTUT, Anatomie humaine, vol. III, p. 298.

Or, tous les auteurs ne souscrivent pas à la théorie du redressement tympanique déterminé par l'âge.

Ainsi pour Henle, Tröltsch, Gruber, Schwalbe, Tillaux, Lannois, Duval, etc., le tympan serait horizontal chez le fœtus et se relèverait au fur et à mesure de son évolution.

Pour d'autres, Prussak, Symington, Politzer, Pollak, Siebenmann, etc., l'inclinaison du tympan, ou plutôt sa position, resterait la même, chez le nouveau-né comme chez l'adulte. L'erreur tiendrait, d'après Symington, Pollak, à une erreur optique. C'est que, chez le nouveau-né, le conduit auditif externe (dont la portion osseuse fait presque entièrement défaut) présente une direction fortement oblique de haut en bas, chez l'adulte par contre une direction presque horizontale. L'obliquité tiendrait donc à un changement de perspective.

Or, nous rattachant à la première théorie, à celle des classiques, à celle du redressement du tympan, nous allons voir à *quoi tient ce redressement* et quels sont les moments déterminants de ce relèvement.

Ici encore différentes hypothèses.

Pour les uns, le relèvement serait dû à l'élargissement de la tête par rotation en bas de l'axe longitudinal du rocher, en même temps que le sommet du rocher se porterait en arrière.

Pour d'autres, il serait dû au développement du cercle tympanique (*annulus tympanicus* des anatomistes allemands) par apposition continue de sels calcaires.

Pour d'autres, le redressement serait dû à l'influence qu'exercerait la formation de l'apophyse mastoïde et de la disposition des différentes variétés de cellules mastoïdiennes.

Pour d'autres enfin, le redressement serait fonction synergique de plusieurs de ces causes, et ainsi de suite.

Or, je me permettrais de proposer une théorie qu'on pourrait bien appeler *la théorie cérébrale du relèvement tympanique* et d'après laquelle *le relèvement du tympan ou plutôt de l'anneau tympanique osseux serait sous la dépendance du développement des lobes temporaux du cerveau ou de la zone auditive, condition favorable pour mieux entendre.*

Cette théorie a le grand avantage d'être en concordance avec nos données d'anatomie, de physiologie et de pathologie.

Elle aurait aussi l'avantage de rallier et d'expliquer de cette façon deux théories classiques qui ont court et qui sont :

- 1° Le tympan des musiciens serait très relevé;
- 2° Le crâne des musiciens présenterait une marque caractéristique, une bosse temporale.

Quant à la première hypothèse, on sait que Bonnafont, Schwarze, Lucæ et d'autres, ont fait cette constatation intéressante que le tympan des sujets qui aiment la musique et des musiciens est beaucoup plus relevé qu'il n'est d'ordinaire.

« Pour être musicien, dit Bonnafont (1), à part l'intelligence, il faut un conduit auditif externe évasé et droit et un tympan presque vertical, pour qu'il reçoive la majorité des ondes sonores. »

En effet, plus le tympan se rapproche de la verticale, plus il devient sensible (Fick) et beaucoup plus favorable à la transmission des ondes au labyrinthe qu'à la réflexion des sons aux dehors (2). De ce fait, la facilité et la vitesse de transmission seront infiniment plus grandes, le tympan étant relevé.

Quant à la seconde hypothèse, celle de la bosse temporale qu'on trouverait et qui imprimerait un trait caractéristique au crâne des musiciens, elle remonte à la phrénologie de Gall et Spurzheim, délaissée de nos jours.

Ces auteurs prétendaient déjà que le crâne des musiciens présente une bosse entre le front et les tempes.

Plus tard Möbius confirme cette hypothèse. His relève cette bosse en étudiant le crâne du célèbre musicien Bach, et Schwalbe en étudiant le crâne de Haydn. Ces auteurs remarquent même que, alors que dans l'espèce humaine cette bosse est peu développée, elle devient très marquée sur le crâne des musiciens.

Tout récemment encore M. Tandler (3), professeur d'anatomie à Vienne, dans une étude très documentée faite sur le crâne trouvé de Haydn, reprend cette question.

L'auteur dit qu'il est évident que les particularités anatomo-

(1) BONNAFONT, Précis pratique et théorique des maladies de l'oreille.

(2) V. URBANTSCHITSCH, *Lehrbuch der Ohrenheilk.*, p. 281. — CASTEX, *Maladies du larynx, du nez et des oreilles*, p. 665.

(3) J. TANDLER, *Ueber den Schädel Haydns*, 1909, Wien.

miques du cerveau se traduisent nécessairement sur son enveloppe, donc doivent être visibles sur la calotte osseuse.

Et s'appuyant sur les travaux plus anciens de Rüdinger, Hervé, R. Wagner, Retzius, Möbius, sur ceux faits dernièrement par Auerbach, Güzsmann et d'autres, sur les cerveaux des musiciens où de grands amateurs de musique, entre autres sur le cerveau du célèbre physicien et musicien Helmholtz, Tandler arrive à la conclusion que la particularité cérébrale des musiciens consiste dans le grand développement de la première circonvolution temporale, du *gyrus supramarginalis* et de la troisième frontale, ou de cette portion, cette zone, « où se trouvent superposés le centre de la simple sensation auditive et celui de l'idéation auditive et des processus de l'association entre les symboles auditifs et les choses significées » (Achard) (1). C'est à cette zone que répond justement le langage musical (2).

Cette proéminence temporale peut être, parfois, d'après M. Tandler, à ce point bien dessinée qu'elle constitue un signe extérieur facile à voir, même sur des photographies. C'est ainsi qu'on peut la voir sur celle de Brahms (d'après Auerbach), de Bruckner et Gustave Mahler (Tandler), comme sur celle de Billroth (Birman-Bera), qui était aussi éminent chirurgien qu'une intelligence musicale de tout premier ordre.

Nous avons donc montré que le tympan est relevé chez les musiciens, et que chez ceux-ci nous trouvons un développement plus grand de la loge temporale que chez les autres sujets. C'était ce rapport entre la « cérébralité musicale » et le redressement du tympan que nous voulions signaler. Ou encore *cette dépendance entre ces deux facteurs développement organique supérieur et relèvement du tympan* peut être démontrée par une contre-épreuve.

On sait en effet que Virchow, avec l'intuition de l'homme de génie, avait signalé que le non-redressement du tympan chez l'adulte se rencontrerait assez souvent et qu'il le considérerait comme une difformité anatomique, qu'il serait la marque, l'indice d'un arrêt de développement céphalique, qu'il classe parmi les stigmates de dégénérescence.

(1) DEBOVE-ACHARD, Manuel de médecine, t. III, p. 69.

(2) INGEGNIEROS, Le langage musical, Paris, 1907.

Il soutient et appuie cette théorie sur ce fait d'observation que la forte obliquité du tympan se trouve avec une fréquence très grande chez les crétins, chez les idiots, etc., par conséquent chez des sujets à développement céphalique défectueux.

Des recherches et des observations ultérieures ont montré également que, chez les sourds-muets, on trouve un tympan fort oblique (Bonnafont, Urbantschitsch, Lucæ, Lannois, etc.), et nous savons qu'à la surdité *congénitale* répond le plus souvent, entre autres, un arrêt de développement du lobe temporal (1).

On sait de même que, parmi les causes étiologiques de la surdité congénitale, on doit citer l'alcoolisme, la syphilis, la consanguinité, etc., donc des causes d'ordre général, des causes étiologiques de la grande famille de dégénérescence.

Nous avons donc démontré qu'à un grand développement de la loge temporale (prédisposition aux aptitudes auditives) répond un tympan relevé, et au fur et à mesure que ce développement cérébral (du moins de la zone auditive) est moins développé, nous trouverons un tympan d'autant plus oblique. Pouvons-nous considérer ce rapport comme simplement fortuit, où est-ce bien un rapport de cause à effet, le développement temporal imprimant ce redressement du tympan, lequel est, comme nous le savons, une condition physiologique pour mieux entendre? Nous admettons cette dernière hypothèse.

Et nous tâcherons maintenant de montrer comment le développement du crâne peut expliquer ce redressement :

On sait que, pendant la vie embryonnaire, la voûte du crâne est formée de tissu fibreux (le crâne membraneux), tandis que la base est formée de tissu cartilagineux (crâne cartilagineux). On sait que la portion écailleuse présente deux lames, dont une interne, la corticale interne, l'autre externe, la corticale externe, lesquelles au début sont presque verticales mais vont se courber peu à peu au niveau de la futur *linea temporalis*. La lame interne deviendra le toit où

(1) G. BRUHL-POLITZER-LAURENS, Atlas manuel des maladies de l'oreille, p. 327.

le *tegmen tympani* en passant par-dessus la future cavité tympanique, tandis que la lame externe, à un moment donné, *s'arrête et se met en contact avec l'anneau du tympan*. Au fur et à mesure que la zone auditive du cerveau (les futurs lobes temporaux) vont en se développant, elle appuie sur cette position, agrandit la courbure (la future loge temporale), participe à la formation du conduit auditif externe (osseux) et va déterminer le redressement du tympan.

J'ai voulu contrôler ce fait, et j'ai examiné beaucoup de mes pièces anatomiques à cet effet. *J'ai trouvé que chez l'adulte du moins, dans un grand nombre de fois, — là ou la loge temporale, c'est-à-dire l'excavation sphéno-temporale était grande et profonde, — j'ai trouvé, dis-je, l'anneau tympanique (le sulcum des anatomistes allemands, ayant une direction plus relevée que sur d'autres.*

Ce résultat cadre donc bien avec les théories classiques.

..

Malheureusement, M. Urbantschitsch (1), dont l'autorité est incontestable, dit, dans son livre classique sur les maladies des oreilles, avoir eu souvent l'occasion d'examiner des musiciens, chez lesquels il n'a pas trouvé le tympan plus relevé que chez d'autres et, par contre, avoir trouvé des tympans fortement relevés chez des non-musiciens. Et, bien que sachant qu'en biologie et anthropologie il est bien difficile de vouloir créer des schémas absolus, des lois sans exception, et sachant et étant trop convaincu du principe que non seulement l'organe fait la fonction, mais la fonction crée aussi l'organe, j'ai voulu voir...

Cette contradiction avec l'opinion classique d'une part, avec le résultat de mes recherches d'autre part, m'a ainsi décidé à entreprendre une étude de contrôle à cet égard. J'ai commencé à faire une enquête sur le tympan de beaucoup de musiciens, parmi lesquels d'illustres, effort qui m'a coûté beaucoup de sacrifices.

Il me fut donné, à cet effet, d'examiner le tympan de

(1) V. URBANTSCHITSCH, *Lehrbuch der Ohrenheilk.*, p. 281.

MM. Debussy (Paris), Richard Strauss (Berlin), Goldmark, Weingartner, Godowsky (Vienne), Jenö Hubay (Budapest), Kubelik, Florizel von Reuter, Enesco et d'autres. Et j'ai beaucoup regretté qu'il m'ait été impossible d'examiner les tympan des maîtres italiens (Pucini, Mascagni, Leoncavallo, etc.), que je tiens en si haute admiration. Je me réserve à bientôt la publication du résultat détaillé, des particularités dignes d'attention de ces artistes. Pour le moment, j'avoue, à ma grande surprise, que j'ai trouvé, chez les artistes examinés, tous les degrés d'inclinaison. Du redressement presque vertical du tympan que j'ai trouvé chez M. Weingartner, jusqu'à l'inclinaison fortement prononcée de M. Kubelik, j'ai eu l'occasion de trouver un peu tous les intermédiaires.

A la suite de cette enquête, devais-je donc m'attacher à l'opinion de M. Urbantschitsch, ayant également, comme lui, trouvé des tympan obliques chez des musiciens?

Serait-ce un argument trouvé contre la « théorie cérébrale du relèvement tympanique » que je soutiens?

Ou ne serait-il pas plutôt admissible, comme pour le cas de M. Kubelik, ou comme pour tous les autres artistes exécutants, que ce qui doit se trouver surtout développé chez ceux-ci, ce ne seraient pas tant les lobes temporaux, siège de la véritable musicalité, que l'extraordinaire développement de certains centres de la zone motrice? Car il faut bien faire une distinction entre le musicien compositeur, créateur, travail cérébral nécessitant comme substratum des lobes temporaux supérieurement développés, d'avec les artistes exécutants, travail dû à des aptitudes acquises par le travail et le développement ultérieur de leurs centres moteurs...

Hypothèse peut-être, mais fortement séduisante.

Il est certain que la question du redressement tympanique est bien intéressante, comme toute question d'anatomie philosophique ou de psycho-physiologie; elle exigera seulement encore bien des recherches avant d'être élucidée d'une façon complète et avant de passer de la simple hypothèse que je soutiens à une théorie bien définie.

PALATO ET JUGOPLASTIE A LAMBEAU FRONTO-TEMPORAL APRÈS LA RÉSECTION TOTALE DU MAXILLAIRE SUPÉRIEUR.

Par **L. LEDOUX**, Assistant à l'Université de Liège.

La résection totale du maxillaire supérieur avec sacrifice de la fibro-muqueuse palatine et du voile palatin comporte de grandes difficultés de restauration plastique. Il importe, en effet, de séparer la cavité buccale d'avec la cavité opératoire (pour empêcher les infections d'abord ; pour permettre ensuite au malade de déglutir et de parler). Il faut encore soutenir l'hémiface défailante, si on tient à ne pas trop défigurer le patient.

C'est dans ce double but qu'on a imaginé ces monstrueuses pièces prothétiques, dont le moindre inconvénient est encore d'être d'une application très difficile.

Le procédé autoplastique que nous employons nous paraît présenter de sérieux avantages.

Il consiste essentiellement en l'utilisation d'un long lambeau fronto-temporal à pédicule intersourcilier que l'on fait pivoter autour de ce pédicule de façon à employer la partie distale pour la réfection vélo-palatine, la partie moyenne devant servir à combler partiellement le déficit massif maxillaire.

La résection du maxillaire supérieur une fois terminée :

1° On dissèque le lambeau musculo-cutané *ab* (fig. 1) en forme de languette de 3 à 4 centimètres de largeur et d'une longueur de 10 à 15 centimètres, en ayant soin de ménager un large pédicule en *a* ;

2° On suture l'extrémité temporale *b'* à ce qui reste du voile du palais ; on la laisse flottante si on a dû sacrifier celui-ci. Le rebord *c* est suturé à ce qui reste de la fibro-muqueuse palatine le long de la gencive du côté opposé.

Le rebord *d* à la face interne du lambeau jugal ;

3° A l'endroit *g*, où la demi-lèvre supérieure remise en place s'adosse au lambeau plastique, on avive celui-ci et on suture la face interne de cette lèvre à la trainée avivée (avoir soin de faire cette suture assez près du rebord libre de la lèvre, de façon à pouvoir étirer le lambeau jugal lorsqu'il s'agit de le remettre en place au cours de la deuxième séance) ;

4° Le lambeau triangulaire jugal est suturé d'une part en *e* à la paupière inférieure, d'autre part en *f* (mais provisoirement pour empêcher qu'il ne se recroqueville), au lambeau plastique ;

5° Les lèvres de la plaie fronto-temporale sont rapprochées après décollement préalable. Il reste un espace cruenté (hachuré) qui sera comblé ultérieurement par le moignon, qui restera après utilisation du lambeau ;

6° Les pansements de la cavité opératoire sont faits par la narine correspondante.

La restauration terminée, il sera bon d'introduire par l'autre narine une sonde de Nélaton en vue de l'alimentation. Car nous pensons qu'une condition importante de reprise de lambeau est la température constante et l'absence d'infection par débris alimentaires. Une sonde molle urétrale suffit pourvu qu'elle dépasse le stoma supérieur de l'œsophage. Elle a le précieux avantage d'irriter au minimum.

En une seconde séance, — quinze jours environ après la première, — on sectionne suivant la flèche et on fait pivoter la partie moyenne du lambeau (qui est comprise entre la flèche et la suture rétro-labiale), de façon à doubler le lambeau triangulaire de la joue. On a, au préalable, fait sauter la suture provisoire *f*. Cette partie moyenne du lambeau sert donc à capitonner le lambeau jugal et réalise le comblement du déficit du massif maxillaire. On a soin de curetetter les deux faces cruentées qui doivent s'adosser et d'assurer leur réunion au moyen de deux points en U.

Le bord *f* est ramené au niveau de l'incision primitive de la face latérale du nez et fixé par quelques points séparés (fig. 2).

On ramène le moignon *a* dans la dépression (hachurée), après curettage des granulations.

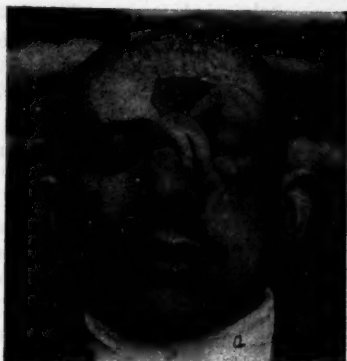
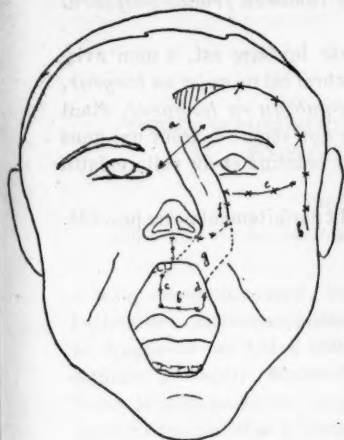


Fig. 1. — Premier temps de la réparation plastique.

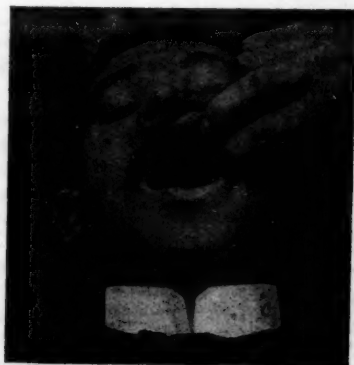
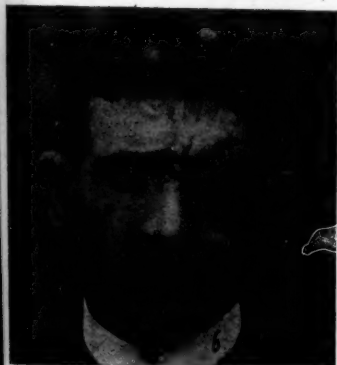


Fig. 2.

a, b, c, Photographies d'un malade que nous avons opéré (d'une tumeur de la classe des périthéliomes), dans le service de M. le P^r Schiffrs : *a*, après la première séance ; *b, c*, après la deuxième séance.

La méthode de Bardenheuer à lambeau fronto-palpébral offre de sérieux inconvénients.

Le plus gros grief qu'on puisse lui faire est, à mon avis, celui-ci : le lambeau fronto-palpébral est un *volet en largeur*, alors qu'il importe d'avoir un *lambeau en longueur*, étant donnée la distance considérable qui sépare le front qui nous fournit ce lambeau de la voûte palatine et du voile palatin où nous devons l'utiliser.

C'est ce desideratum que remplit parfaitement notre procédé.

IV

SUR LE DIAGNOSTIC DES ABCÈS CÉRÉBRAUX D'ORIGINE OTITIQUE.

Par **L. BAR,**

Chirurgien oto-rhino-laryngologiste de l'hôpital de Nice (1).

D'un commun accord, les auteurs qui se sont occupés de l'étude des abcès encéphaliques s'accordent sur ce fait que le diagnostic de telles collections purulentes est des plus difficile à établir. Moure (1), récemment encore et de la façon la plus probante, appelait notre attention à ce sujet, invitant les auristes à l'observation minutieuse des cas, et faisant remarquer, avec juste raison que, pour un besoin d'utilité thérapeutique, c'est surtout au début qu'il faudrait diagnostiquer les abcès, et que c'est surtout alors qu'ils sont méconnaissables.

En voici un cas, que nous avons observé et duquel nous tâcherons de tirer quelques notions pratiques :

G..., 42 ans, hôtelier à Cannes, me fut adressé, en octobre 1909, par le Pr Mermod (de Lausanne), qui avait largement opéré en juin ce malade pour une mastoïdite, à droite suite d'otite aiguë récente, d'origine grippale. Antérieurement à cette affection auriculaire, le malade avait toujours joui d'une parfaite santé cérébrale, ayant toutefois à se plaindre constamment d'un état catarrhal rebelle de sa muqueuse rhino-pharyngienne. Les suites de la trépanation ayant été des plus favorables, le malade avait vu son écoulement auriculaire cesser aussitôt et son état général amélioré.

Lorsque, en octobre, nous visitâmes le malade, il restait cependant une étroite fistule sur la région mastoïdienne, fistule à orifice fongueux et dont la direction était celle que nécessite la brèche

(1) Communication à la Société Française d'oto-rhino-laryngologie, (Congrès de mai 1910).

d'une trépanation mastoïdienne bien faite. Le stylet percevait au fond la sensation classique de dénudation osseuse, mais ne déterminait aucune sensation subjective. De cette fistule suintait une éternelle goutte de pus. Depuis l'opération, le conduit était guéri de l'écoulement purulent, signe de l'otite moyenne primitive, et le tympan, entièrement reconstitué, présentait seulement un peu de rougeur et laissait passer les sons auditifs. Après avoir fait un nettoyage soigneux des bourgeons exubérants et indiqué au malade de continuer les soins antiseptiques qui lui avaient été prescrits, nous priâmes le malade de ne pas tarder à revenir, bien qu'aucun signe d'état général ou local ne nous portât à une telle hâte. Le malade nous retourna ainsi à deux jours d'intervalle deux fois, mais, en rentrant de sa troisième visite, alors qu'à son départ il était encore sans autre symptôme que les signes locaux précédemment décrits, il fut pris, dès son arrivée à Cannes, d'un violent frisson suivi d'une élévation de température à 40°, et qui le lendemain matin, à la visite que d'urgence nous étions invité à lui faire, laissait le malade fébricitant à 38°, avec 60 pulsations successives à la minute. En ce moment, pour la première fois, le malade se plaignit d'une douleur sourde à la région temporale gauche et profondément. Le cœur reste en bon état, mais la langue saburrale et des vomissements justifient un état gastro-entéritique corollaire d'une pyoémie déclarée. Le malade répond bien, quoique déjà avec lenteur, aux questions qu'on lui pose, et ne présente aucun autre désordre qui puisse être imputé à un état cérébral.

Toute la semaine se passa avec une amélioration symptomatique des plus encourageante avec disparition complète des symptômes gastro-entéritiques et de l'état fébrile. Quelque chose nous frappait cependant : la teinte subictérique du malade ; ses réponses lentes aux questions posées et la persistance de la céphalalgie temporale.

Le système nerveux, exploré à nouveau, indiquait en outre : réflexes conservés et normaux ; absence d'inégalité pupillaire, absence de raideur à la nuque, absence du signe de Kernig, aucune cécité verbale, aucune surdité verbale. Un peu d'insomnie que le malade attribue à sa céphalalgie hémicranienne gauche. Parole distincte, claire, mais lente. Température à 39°. Pouls à 60 seulement. Anorexie sans état saburral. Enfin l'examen de l'appareil auditif donnait les résultats suivants : Conduit auditif externe normal, tympan de constitution normale mais rouge à son segment supérieur ; la région mastoïdienne, sans gonflement ni

rougeur, présente seulement la fistule déjà signalée dont l'orifice laisse suinter un peu de pus et dont le fond laisse percevoir au stylet une sensation de rugosité.

Du 26 octobre au 3 novembre, l'état du malade avait été ainsi, lorsque, le même jour, il fut pris d'un subdélire inquiétant. Le matin, le malade était soucieux et triste, très amaigri, d'aspect terreux et subictérique, la température oscillant entre 38 et 39°, et le pouls toujours lent autour de 60. Pas d'inégalité pupillaire, réponse nette, mais de plus en plus lente, légères hémianesthésie et hémiparésie à gauche; le Kernig commence à apparaître. La céphalalgie fronto-pariétale du début progressivement était devenue, fronto-pariéto-occipitale, très forte sans être ni térébrante, ni violente, comme dans certains cas d'abcès mastoïdiens. Une ponction lombaire destinée à contribuer au diagnostic par l'analyse du liquide céphalo-rachidien ayant été refusée, il ne restait, pour établir un diagnostic définitif, qu'à en chercher une déduction raisonnable dans les faits ci-dessus éparés. Trois signes constants, depuis quelques jours, attiraient surtout l'attention : la céphalalgie profonde du côté malade, la teinte subictérique, l'amaigrissement rapide avec déchéance morale, qui, au dire de Lermoyez (4), ne trompent guère sur la présence de pus dans quelques coins de l'encéphale. Le Dr Mermod, tenu au courant de l'état de son malade, se hâta d'accourir auprès de lui à l'annonce de tels signes alarmants.

Un évidemment complet de la mastoïde n'ayant dévoilé aucun signe de carie et aucune fistule attico-encéphalique, il fut décidé néanmoins d'aborder l'encéphale par la voie auriculaire, dont la brèche avait été faite une première fois pour l'abcès mastoïdien et agrandie maintenant pour la recherche de l'état présent. C'est pourquoi à la perte de substance habituelle de l'évidement pétro-mastoïdien fut ajoutée une large brèche cranienne occupant la région sus-méatique, mordant en bas sur le méat auditif, ouverture assez vaste pour aller à l'exploration de l'encéphale. La dure-mère était parfaitement saine, mais, à la palpation, on sentait une fluctuation peu profonde, qu'une ponction libéra sous forme d'un flot de pus abondant, fétide et crémeux, à jet isochrone aux pulsations cardiaques. Un très gros drain en caoutchouc mou, dont les bords avaient été émoussés à la flamme, fut introduit à travers l'ouverture libre de la cavité purulente et

(4) LERMOYER, Abcès otogène du cerveau (Communication à l'Association française de chirurgie, oct. 1902).

confirma l'impression que, par la quantité de pus, on pouvait avoir de l'énorme cavité de l'abcès. Pas de curettage, pas d'exploration dangereuse, pas de lavage, dont le simple jet peut, en pareil cas, diffuser le pus dans la substance cérébrale, mais une simple application du drain nécessaire pour maintenir béante l'ouverture chirurgicale, drain tenu en place par une nappe de gaze iodoformée mollement tassée dans toute la profondeur et sur toute l'étendue de la plaie. Pas de suture de la dure-mère.

Le malade, qui, malgré un si grave état, avait pu être chloroformé, se réveille soulagé et plus alerte. En aucun moment de l'opération le pouls n'a faibli.

Cependant toute cette journée du 10 novembre, la fièvre persiste, le pouls demeure lent, et dans la nuit délire léger.

Le lendemain 11 novembre, prostration, fièvre, le malade ne paraît plus s'intéresser à ce qui se passe autour de lui: le pansement est abondamment humide de pus, et, quand on le change, une nouvelle quantité de pus s'écoule. La journée est très mauvaise avec une prostration continuelle et rétention urinaire.

Le 12 au matin, nous trouvons le malade en plein état comateux. La plaie contient une abondante quantité de pus qui, continuellement, s'écoule par le drain et qui souille le pansement tout entier. Hernie cérébrale. Au moment où nous retirons le drain pour le nettoyage, on voit tout à coup soudre un liquide abondant, séreux, légèrement teinté, et qui ressemble au liquide céphalo-rachidien. Nous remplaçons le drain; le même liquide passe à travers. Nous terminons le pansement avec cette conviction profonde que la suppuration, après avoir détruit toute la substance blanche du lobe cérébral et creusé ainsi une immense caverne dont la paroi interne n'était séparée du ventricule latéral que par une paroi très tenue, a fini par détruire cette paroi, laissant désormais au liquide céphalo-rachidien toute liberté d'envahissement au dehors. Le malade a perdu toute connaissance; il ouvre lentement les yeux, ne parle pas, semble beaucoup souffrir.

Rétention d'urine, contracture du membre inférieur gauche. Alimentation impossible. Mort le lendemain matin dans le coma.

L'autopsie n'a pu être pratiquée.

Cette observation nous a paru de nature à susciter quelques réflexions relatives au diagnostic toujours si difficile des abcès du cerveau.

Ici, comme presque toujours en pareille matière, ce qui étonne tout d'abord, c'est la marche insidieuse, non apparente, de l'abcès, pourtant si vaste que la plus grande partie de la substance cérébrale a été détruite avant qu'aucun signe n'en ait extériorisé les dégâts. Une dizaine de cas de mort, dus à de tels abcès ont été signalés sans signes précurseurs, et les cas de mort subite ainsi occasionnée, cités par Moure (1), ou rapportés par Politzer, Gellé, Cozzolino, Poli, sont présents à la mémoire de tout médecin. L'ictus apoplectique est déterminé dans ces conditions par la rupture de l'abcès dans les ventricules ou les méninges. Un cas à évolution lente, terminé en douze heures par la mort, a été cité par Heyman (2), et il est probable que notre malade, à en juger par le signe terminal, aurait eu une mort semblable, s'il n'eût été préalablement opéré.

Ainsi donc, malgré l'étendue, malgré la profondeur des lésions cérébrales, il est avéré que les malades atteints d'abcès du cerveau, même de très gros abcès du cerveau, peuvent circuler, travailler jusqu'au moment très proche de la mort, jusqu'à la mort même. Comment l'expliquer si chaque lobe cérébral a sa fonction, et lorsque, en certain cas, la destruction complète ou partielle du lobe se précise en des signes cliniques très distincts? Il faut croire que cette latence de l'affection est tout à fait relative et que les symptômes, tout en n'étant pas absolument manifestes, existent plus ou moins obscurément. La perspicacité des médecins est, en pareil cas, à rude épreuve au sujet de la valeur significative des vertiges très légers, céphalalgie double, simple embarras gastrique et vomissement que, sans fièvre, de tels malades peuvent avoir, qu'ils peuvent tolérer pendant une période plus ou moins longue, malades dont l'abcès peut subir une poussée rapidement mortelle, parce qu'un véritable ramollissement inflammatoire (3) aigu détruit, par place ou en totalité, l'ancienne membrane enkystante, et qu'ainsi il se rompt subitement dans les ventricules ou dans les méninges.

(1) MOURE, XI^e Congrès international de médecine, Rome, 1894.

(2) HEYMAN (de Varsovie), *Annales de mal. de l'oreille*, 1894.

(3) MAC EWEN, *Brit. med. Journ.*, 11 août 1888.

Des symptômes cependant très remarquables ont signalé l'évolution de l'affection de notre malade, et, si nous portons une vue d'ensemble sur l'observation relatée, nous ne tarderons pas à les ranger dans les trois classes que, avec Bergman, Broca et Maubrac (1) accordent aux abcès traumatiques du cerveau : 1° *symptômes de suppuration*; 2° *symptômes diffus d'hypertension intracrânienne*; 3° *symptômes de localisation*.

Le malade, en effet, fut subitement pris d'un *grand accès de fièvre à 40°*; il eut en outre de l'embarras gastrique fébrile, des vomissements, de la céphalalgie, des troubles sensitifs et moteurs, une température irrégulière ne dépassant pas 38°,5, un pouls lent autour de 60, irrégulier, signes qui durèrent pendant une dizaine de jours avant l'issue fatale. Un amaigrissement rapide, avec dépression, déchéance physique et morale, était le complément remarquable de cette période ultime. Mais rien de particulier à l'oreille opérée qui, sans suppuration du conduit auditif, mais avec une simple rougeur sur le tympan cicatrisé, conservait une fistule mastoïdienne dirigée d'arrière en avant vers le toit de l'antre.

Un *grand accès fébrile*, en corrélation avec une affection suppurative mastoïdienne, fait le plus souvent redouter une thrombo-phlébite du sinus, surtout lorsqu'à l'ascension soudaine une descente thermique brusque a succédé. Ce n'est point là cependant un diagnostic qui s'impose à l'exclusion de tout autre. Car, toute chose égale d'ailleurs, le vrai symptôme de la suppuration est la fièvre, quelle que soit la localisation de cette suppuration, et le grand accès fébrile, tel celui d'une pneumonie, peut n'être que le signal d'alarme d'une suppuration qui commence. Moure (2) signale un cas d'abcès du cerveau avec une courbe thermique qui pouvait, à la rigueur, faire songer à celle d'une infection phlébitique sinuso-jugulaire, mais en général, sauf l'accès fébrile initial, la fièvre symptomatique d'un abcès du cerveau est une fièvre de suppuration banale, oscillant plus ou moins régulièrement autour de 38°,

(1) BROCA et MAUBRAC, Traité de chirurgie cérébrale.

(2) MOURE, *loc. cit.*

avec exacerbation vespérale, pouvant, en période terminale, s'élever à 40 ou 41°, ou même très rarement descendre en hypothermie. Dans un relevé de 52 cas, Allport a trouvé 42 fois une température moyenne, 8 fois une hypothermie considérable, 2 fois enfin une hypothermie. En un mot, les suppurations intracrâniennes d'origine auriculaire ne font que suivre la loi commune à toutes les suppurations et gardent un caractère obscur qu'aucune particularité n'éclaircit et qui même devient tout à fait confus, lorsque, par surcroît, il y a de la rétention du pus dans la caisse et dans les cellules mastoïdiennes.

Outre la fièvre, le patient souffre de douleurs d'estomac, d'inappétence, de constipation, de *troubles gastro-intestinaux* qui n'ont rien de pathognomoniques et qui ne sont que des signes complémentaires de la symptomatologie de la suppuration. Au même titre s'associe l'*amaigrissement rapide*, la *déchéance physique et morale*, que Lermoyez (1) signale comme étant d'une valeur très grande en pareille matière, qui ne trompe guère sur la présence du pus dans quelque coin de l'encéphale et signes qui étaient vraiment frappant chez notre malade.

Dans la seconde catégorie, celle des symptômes diffus d'hypertension crânienne, peuvent se ranger la *Respiration lente et superficielle*, mais non irrégulière, comme dans la méningite; le *ralentissement du pouls* que Bergman a vu tomber à 44, Toyhba à 16 et Wreden à 10, qui ne fut jamais dans notre observation au-dessous de 54 et jamais irrégulier; comme chose exceptionnelle, Körner semble l'avoir remarqué. Les *vomissements* appartiennent aussi à ce groupe et ne sont point ainsi du ressort spécial de la méningite et de la thrombose sinusienne. On remarque encore le *vertige*, qui peut faire faire erreur avec une lésion du labyrinthe, et des *troubles psychiques* tels qu'affaiblissement intellectuel, perte de mémoire. Les seuls que nous constatâmes furent la somnolence et un délire intermittent et tranquille en période ultime. Mais ce qui, dans cette catégorie, paraît être le vrai

(1) LERMOYEZ, Abscès otogène du cerveau (*Association française de chirurgie*, oct. 1902).

signe, je ne dirai pas pathognomonique, mais très important parce qu'il est très manifeste et presque constant, est la *céphalalgie*. Légère et sourde au début, elle devient paroxysmale. Diffuse d'abord, elle devient plus fixe et paraît répondre en intensité au siège du mal (1). Horsley a pu être guidé ainsi d'une façon avantageuse. Il ne faudrait point en conclure que là est le vrai guide, car la souffrance peut se manifester juste à l'opposé du point envahi par l'abcès ou ailleurs. Green (2) signale un cas d'abcès cérébelleux avec douleur temporale. Gray (3) a observé 3 cas cérébelleux avec douleur frontale. Chez les malades de Schmidt, de Gruber, la céphalalgie affectait un siège variable d'un jour à l'autre. Dans notre cas d'abcès temporal, la douleur fut surtout frontale et ne devint que sur le tard fronto-pariéto-occipitale.

Enfin elle affecte un caractère particulier encore, celui d'être douloureuse à la pression et à la percussion crânienne, chose qu'il ne faut pas confondre avec la pression d'une apophyse malade.

Enfin, il y a un troisième groupe de symptômes, celui des symptômes de localisation. Ce sont : l'*épilepsie jacksonienne*, rare cependant, quoique ses crises soient liées à l'irritation inflammatoire des parties voisines de l'abcès ; elle a manqué dans notre cas ; 2° des *parésies et paralysies motrices des membres et de la face*, parésie que nous constatâmes les derniers jours à gauche, par conséquent alterne, ordinairement tributaire soit d'une méningite localisée avec ramollissement de la zone corticale motrice de la région abcédée, soit d'une compression que l'abcès développe dans son voisinage ; 3° des *paralysies sensorielles* : *anosmie*, *hémianopsie* ; 4° l'*aphasie* dans ses divers modes. Ce dernier symptôme est le seul symptôme localisateur d'importance, lorsque l'abcès occupe le lobe temporal gauche, symptôme qui permet à Stocker (4) de diagnostiquer un abcès temporal, malgré certains signes cérébelleux (vomissements, vertiges,

(1) SCHWARTZ, *Handb. f. Ohrenheilk.*, t. II, p. 19.

(2) GREEN, *Boston M. a. s. Journal*, 1883.

(3) GRAY, *Medical Times London*, 1869.

(4) STOCKER, *Dublin Journ. of med.*, 1890, vol. XC.

raideur de la nuque). Cette aphasie n'est pas la vulgaire aphasie motrice, aphasie d'idéation ou par troubles de la mobilité de la langue, dont le siège est au pied de la troisième circonvolution frontale gauche ; ni la cécité verbale, aphasie d'incoordination dont le siège est à la partie postérieure du lobe inférieur, régions sans rapports directs avec l'abcès ; mais la surdité verbale, aphasie par interruption des transmissions volontaires dont le siège est à la première circonvolution temporo-sphénoïdale gauche. L'abcès étant à droite, nous ne pouvions guère, en pareil cas, compter sur cet important symptôme, qui, du reste, a totalement fait défaut.

En résumé, il n'y a aucun caractère véritablement pathognomonique capable de dévoiler un abcès cérébral à une époque quelconque de son évolution. Il y a toutefois quelques signes dont il faut, quelque imprécis qu'ils soient, tenir grand compte : la céphalalgie persistante, signes de compression, l'aphasie signe de localisation, quand elle existe, et parmi les signes de suppuration, l'amaigrissement rapide avec déchéance physique et morale (1), qu'en pareil cas Lermoyez considère comme un des meilleurs symptômes. A vrai dire, le diagnostic s'établit surtout d'après quelques traits épars, qu'il faut savoir raccorder, associant, selon les circonstances, des signes de suppuration aux signes de compression cérébrale et de localisation. Mais la sagacité du médecin est indispensable, et son sens clinique est, en la circonstance, un des meilleurs adjuvants d'un diagnostic judicieux.

Savoir dépister à temps un abcès cérébral, c'est contribuer à tirer d'une mort certaine celui qui en est atteint. Or il ne faut point oublier que, si la statistique de ces abcès traités chirurgicalement donne une proportion de 50 p. 100 de guérisons radicales, cette proportion dépend au moins autant de la précocité opératoire avec laquelle l'abcès a été reconnu que de l'habileté de l'opérateur et du procédé opératoire qu'il a choisi.

(1) LERMOYEZ, *loc. cit.*

V

NOTE RECTIFICATIVE.

Par **E. LOMBARD.**

Sous ce titre : « Une *nouvelle* méthode pour établir la preuve de la simulation de la surdité », je lis dans les *Comptes rendus de la Société allemande d'otologie*, tenue à Dresde, les 13 et 14 mai 1910 (1), la description d'un procédé consistant à noter les modifications de la voix haute pendant la lecture, l'une ou les deux oreilles du sujet en expérience étant munies d'un appareil assourdisseur. Cette « nouvelle » méthode est présentée par M. Barany (de Vienne.) La « démonstration » de cette « nouvelle méthode » devant un des cercles otologiques les plus réputés de l'Allemagne ne pouvait que m'être extrêmement agréable, et je n'aurais eu qu'à m'en féliciter si sa forme même, telle qu'elle figure dans le compte rendu, ne laissait la porte ouverte à quelque confusion. Pour l'édification des lointaines générations otologiques, je crois devoir rappeler que cette méthode a été décrite par moi-même à l'Académie de médecine de Paris, dans sa séance du 12 avril 1910. Les journaux de la grande presse médicale française, voire quelques quotidiens à grand tirage, contiennent tous, en même temps que le résumé de la séance académique, celui de ma lecture. La valeur documentaire du *Compte rendu de la Société allemande d'otologie* semble donc notoirement en défaut, car, si on prend à la lettre le texte publié, l'idée première de la « nouvelle » méthode paraît revenir à M. Barany.

Au surplus, le jour où elle reçut ainsi le baptême de la publicité (12 avril 1910), la « nouvelle » méthode venait

(1) Voir *Zeitschr. für Ohrenheilk.*, Bd. LXI, Heft 4, juin 1910; *Monatsschr. für Ohrenheilk.*, Bd. XLIV, Heft 6, 1910; *Berliner klin. Wochenschr.*, 11 juillet 1910.

d'entrer dans le huitième mois de son âge. Les confrères étrangers qui nous firent l'honneur de visiter le service otologique de l'hôpital Lariboisière, pendant les vacances de 1909, se rappellent fort bien qu'à cette époque déjà on faisait lire et crier les sourds. J'eus même vers ce moment la très vive satisfaction d'apprendre que mes expériences avaient été reproduites avec succès dans plusieurs cliniques otologiques, de celles où l'on travaille, et j'ajouterai que cette très rapide diffusion, grandement flatteuse pour la méthode, motiva de ma part l'envoi d'un pli cacheté à l'Académie des sciences. La haute assemblée voulut bien l'accepter, dans sa séance du 30 août 1909. Il est dûment enregistré, sous le numéro 7527.

Autre document pour compléter l'histoire de la « nouvelle » méthode :

On trouvera cette méthode décrite tout au long dans la dissertation inaugurale de M. Halphen, soutenue le 14 avril 1910 devant la Faculté de médecine de Paris, exactement un mois avant la réunion de la Société allemande, un mois avant que M. Barany ait pensé à la faire connaître aux otologistes allemands.

Je résume et je rapproche les dates des publications :

12 avril 1910 : Lecture de M. Lombard (de Paris), à l'Académie de médecine, résumé de cette lecture publié dans les journaux médicaux français ;

14 avril 1910 : Dissertation publique de M. Halphen (de Paris) ;

14 mai 1910 : Présentation de M. Barany (de Vienne) à la Société d'otologie à Dresde.

Il appert de ce tableau, et pour conclure, qu'il ne saurait persister dans l'avenir aucune erreur sur la priorité de la découverte. M. Barany, expérimentateur très soucieux de vérité, ne m'en voudra pas de l'avoir précédé dans la rectification de ce que j'appellerai les déficiences des *Comptes rendus de la Société allemande d'otologie*.

RECUEIL DE FAITS

OTITE MOYENNE PURULENTE CHRONIQUE GUÉRIE DURANT QUINZE MOIS PAR UNE ANTROTOMIE POUR MASTOIDITE AIGUE. RÉCIDIVE. ÉVIDEMENT PÉTRO-MASTOÏDIEN POUR FONGOSITÉS DE LA DURE-MÈRE CÉRÉBRALE, SUITE DE CARIE DU TOIT DE L'ATTIQUE, ET POUR CELLULITE PÉRI-LABYRINTHIQUE A FOYERS MULTIPLES. EXPLORATION DU CERVEAU NÉGATIVE. ABCÈS DE LA POINTE DU ROCHER SE VIDANT DANS LE PHARYNX. THROMBO-PHLÉBITE DE LA JUGULAIRE INTERNE CHEZ UNE MALADE HYSTÉRIQUE. GUÉRISON.

Par **MACKIEWICZ** (de Rouen).

Angèle L..., 23 ans, ouvrière de filature au Houlme, près Rouen, vient incidemment me consulter en septembre 1906 pour une otite moyenne purulente chronique datant de la première enfance. En février 1907, elle entre à l'Hôtel-Dieu de Rouen pour mastoidite aiguë droite. Une antrotomie large est pratiquée par le Dr Cerné et amène une guérison apparente, qui dure quinze mois. En juin 1908, réapparition de l'otorrhée, qui bientôt s'accompagne de vertige intermittent et de céphalée continue. Vient me consulter le 9 septembre 1908. A cette date, vertige, signe de Romberg manifeste, pas de nystagmus, céphalée continue, surdité droite absolue. Localement, rien à la mastoïde ni sur la cicatrice intra-auriculaire résultant de l'antrotomie au cours de laquelle a été enlevée la moitié antérieure environ de la paroi postérieure du conduit auditif externe. Tympan existant presque en entier, sauf une petite perforation antéro-inférieure de 3 millimètres de diamètre environ par laquelle sourd sous pression un pus infect. Ce tympan paraît cicatriciel, car on n'y aperçoit aucune trace du marteau ni de membrane de Schrapnell. Diagnostic : otite moyenne chronique réchauffée avec rétention purulente.

Dissection large de la membrane tympanale, complétée huit jours

ANNALES DES MALADIES DE L'OREILLE ET DU LARYNX, T. XXXVI.

après par son abrasion totale et l'ablation de l'enclume sans trouver trace du marteau. L'attique exploré au stylet ne montre aucun point d'ostéite. Pansement à la glycérine phéniquée au vingtième, qui sera continué jusqu'à l'entrée de la malade à l'hôpital. Cessation du vertige et de la céphalée.

8 Octobre. — Plus de céphalée, mais encore vertige léger; suppuration minime; fond de caisse rouge vif, mais sans bourgeons charnus.

La malade vient se faire examiner tous les quinze jours, car elle habite à plus d'une heure de chemin de fer de Rouen.

La céphalée reparaît dès le 5 novembre pour ne plus cesser. Le 12 décembre, le fond de caisse, après être devenu blanchâtre et presque sec, redevient rouge; l'orifice tubaire est béant et laisse sourdre dans la caisse du muco-pus. La céphalée et le vertige augmentent d'intensité et ne sont plus améliorés par les lavages de l'attique et de l'aditus: ces lavages ne ramènent du reste aucune sécrétion.

5 Janvier 1909. — Pus venant de l'aditus et teinté de sang; point osseux dénudé dans l'aditus; céphalée et vertige de plus en plus intenses. Je propose à la malade une nouvelle intervention large sur la mastoïde; elle s'y refuse. Mais le vertige, de plus en plus fort, presque continu, la céphalée qui l'empêche maintenant de dormir et même de travailler, son amaigrissement de plus en plus manifeste décident la malade à accepter l'intervention le 26 février. A cette date, il s'écoule de l'attique depuis quelques jours du pus et du sang; on y sent un point de carie vers le toit. Le promontoire présente une petite ulcération qu'il suffit d'effleurer pour provoquer un vertige intense avec nausée et nystagmus. L'épreuve calorique détermine aussi du nystagmus avec nausée. Enfin il sourd toujours du pus de l'orifice tubaire dans la caisse. Joint à ces signes, la céphalée continue depuis plusieurs mois, l'état d'absorption mentale tout spécial de la malade depuis six mois, son amaigrissement, l'absence de fièvre, le pouls normal, la surdité absolue à droite, me font porter le diagnostic de cellulite périlabyrinthique et carie de l'attique avec complication otitique endocranienne. La malade entre à l'Hôtel-Dieu de Rouen dans le service du Dr Bataille, qui veut bien me confier son traitement.

Première intervention, le 4 mars 1909.

Incision classique pour l'évidement pétro-mastoïdien en suivant la cicatrice de l'antrotomie de 1907. Mobilisation du lambeau

cicatriciel postérieur assez délicate, car le sinus latéral a déjà été mis à nu lors de l'antrotomie. Ce sinus est procident et n'est séparé du conduit auditif externe que par un espace de 10 à 12 millimètres. De ce conduit auditif il reste une épaisseur d'os de 1 centimètre environ au-devant de l'aditus. Élargissement de l'entonnoir opératoire primitif en haut, au-dessus du conduit auditif, de l'aditus et de l'antre jusqu'à mise à nu de la dure-mère cérébrale. Abrasion de tout le toit de l'attique reconnu nécrosé et masquant des fongosités insérées sur la dure-mère. Abrasion de l'os sur une largeur de 2 centimètres et une profondeur de 1 centimètre; curettage des fongosités dure-mériennes; décollement de la dure-mère, qui apparaît saine dans la profondeur et sur les côtés. Ouverture du canal de l'aditus: le facial est tellement superficiel qu'au premier coup de gouge de bas en haut il se contracte et est mis à découvert sans cependant être sectionné. Le mur de la logette et l'éperon du facial abrasés, on tombe sur une bouillie osseuse, puriforme et bourgeonnante, qui est curettée avec précaution. La tête du marteau dont on n'avait trouvé trace lors de l'ablation de l'enclume, est ramenée avec cette bouillie. L'os, bien détergé, apparaît sain, sans fistule ni point de carie sur le promontoire et la région du canal semi-circulaire horizontal; mais, à la face profonde de l'antre, en dessous des canaux semi-circulaires, existe un point de carie qui est cureté jusqu'à un bon centimètre de profondeur.

Élargissement du méat auditif d'après la technique de Moure. Suture rétro-auriculaire, pansement avec une mèche de gaze iodoformée lâche.

Diagnostic post-opératoire: fongosités susdure-mériennes suite de carie du toit de l'attique et cellulite périlabyrinthique rétro-antrale postéro-inférieure.

Résultats de la première intervention.

5 Mars. — Température, 37-36° et demi. Pouls, 80. A déliré jusqu'à dix heures du soir. Ce matin, vertige intense et continu; pas de vomissements; pas de nystagmus; somnolence, pas de paralysie faciale.

6 Mars. — Température, 37-36° et demi. Pouls, 80. Délire vigile très calme. Ne répond pas aux questions; un peu de parésie faciale; yeux déviés vers la lésion.

7 Mars. — Température, 37°, 3-37°, 8. Pouls, 120. Somnolence: délire calme; yeux déviés vers la lésion; dilatation pupillaire sans réaction à la lumière: photophobie intense au point que l'ouverture provoquée des paupières en face de la lumière du jour arrache des cris à la malade; se couche fréquemment sur le côté non malade

ou reste sur le dos absolument inerte ; n'a pas été à la selle depuis l'opération, mais urine seule ; aucune paralysie des membres ; entend ce qu'on dit et répond lentement et brièvement ; paralysie faciale complète.

8 Mars. — Température, 37°, 3-37°. Pouls, 96. Etat semi-comateux. On pense à une complication cérébrale. Une ponction lombaire donne issue à un liquide clair comme du cristal de roche, sans pression : ce qui permet d'éliminer la méningite. Abscès cérébral probable.

Deuxième intervention, le 8 mars.

Les sutures rétro-auriculaires enlevées, les parties molles sont décollées plus largement, et la dure-mère est dénudée sur une surface de 2 francs en abrasant l'écaille du temporal au-dessus du conduit auditif et de la brèche déjà existante. La dure-mère est décollée vers la profondeur aussi loin que possible et reconnue saine. Après désinfection du champ opératoire, incision cruciale de la dure-mère de 1 centimètre sur 1 centimètre au point où existaient les fongosités lors de l'intervention du 4. Le cerveau fait hernie, mais paraît normal. On y fait six ponctions avec la sonde cannelée jusqu'à 3 centimètres de profondeur dans les divers sens ; elles ne donnent issue à aucun liquide.

Comme les lésions constatées étaient dans la fosse cérébrale, comme il n'existe aucun symptôme cérébelleux, je m'en tiens à ce résultat négatif et n'explore pas le cervelet. Pansement de la cavité opératoire avec une mèche de gaze iodoformée mollement tassée. Aucune suture.

Résultats de cette deuxième intervention.

9 Mars. — Température, 37-37°. Pouls, 92. La malade depuis l'intervention semble n'avoir pas connaissance de ce qui se passe autour d'elle ; elle chantonne tout le temps à voix basse le même air ; elle a les yeux fixes, mais déviés vers la lésion ; plus de photophobie ; aucune paralysie des membres ou du tronc. L'intervention n'a donc amené qu'une rémission légère des symptômes qui l'ont motivée.

La malade reste dans cet état, sans fièvre, durant trois jours entiers, et ne sort de sa torpeur que durant le pansement fait le 11 au matin, pansement durant lequel elle ne cesse de crier ou mieux de hurler. Une demi-heure après ce pansement, elle reprend

complète connaissance, n'éprouve aucun malaise, boit, mange, s'assied sur son lit et va seule à la garde-robe.

12 Mars. — N'a pas dormi, mais se trouve bien; n'éprouve de vertige que les yeux fermés. Céphalée très légère, non localisée. Apyrexie complète qui persistera jusqu'à la guérison, sauf un seul jour, le lendemain de la troisième intervention.

13 et 14 Mars. — Comme le 12.

15 Mars. — Un peu de torpeur. Plaie cérébrale presque fermée.

16 Mars. — Après le pansement d'hier, la torpeur s'est accentuée; délire léger.

18 Mars. — Depuis hier soir, violente douleur fronto-temporale droite avec crises paroxystiques épileptiformes fréquentes.

Amaurose complète. Pouls à 110; pas de température anormale.

19 Mars. — Vertige, état semi-comateux coupé de crises épileptiformes et grands cris; amaurose. Impossible d'examiner le fond de l'œil; hyperesthésie de la plaie opératoire, qui cependant ne présente rien d'anormal.

Troisième intervention, le 19 mars.

Ces crises épileptiformes, cet état semi-comateux, cette amaurose font penser à une lésion cérébelleuse et en tout cas indiquent la nécessité d'une nouvelle exploration.

Le sinus latéral est tout d'abord bien isolé en avant. Entre lui et le canal semi-circulaire vertical postérieur bien mis à nu, je creuse une brèche osseuse de 5 millimètres de large sur 7 ou 8 de hauteur, par laquelle je découvre la dure-mère cérébelleuse. Celle-ci ainsi que l'os sont reconnus sains; je juge inutile de poursuivre davantage dans cette direction; mais, en explorant la cavité opératoire, je suis amené par des lésions osseuses découvertes au crochet mousse à élargir la résection osseuse de l'écaille temporale au-dessus et en avant du conduit auditif, vers le frontal, et à abraser l'os dans la profondeur au-dessus de l'orifice tubaire, en avant du promontoire. Je mets ainsi à nu un foyer fongueux entre le labyrinthe et la paroi antéro-supérieure du rocher et vais jusqu'à 4 centimètre plus profond que le promontoire. Le tunnel osseux ainsi obtenu est transformé aussi loin que possible en une tranchée ouverte vers la face supérieure du rocher dans la fosse temporale. Cette face supérieure du rocher est de nouveau explorée sans qu'on y trouve trace de point de carie.

En raison du voisinage de l'artère carotide, on n'explore pas

plus loin, bien que le stylet n'indique pas un os net dans la profondeur.

Diagnostic post-opératoire : cellulite prélabrynthique sus-tubaire.

Résultats opératoires. — La malade, à son réveil post-chloroformique, n'accuse plus aucune douleur ni aucun vertige; elle se sent tout à fait bien, s'assied sur son lit, boit et cause avec ses voisines.

20 Mars. — Pour la première fois, la température atteint 37° 7. De nouveau céphalée, mais plus aucune crise douloureuse ni épileptique.

Depuis ce jour, apyrexie complète, amélioration rapide de l'état général, mais tous les trois ou quatre jours crise de céphalalgie violente avec vertige, crise suivie le lendemain d'expulsion de crachats purulents et sanguinolents, qu'on reconnaît provenir du cavum, où par la trompe d'Eustache ils doivent venir d'un foyer purulent soit osseux, soit extradural, siégeant vers l'extrême pointe du rocher et dont la rétention explique les crises observées. C'est du moins l'explication la plus probable que j'en trouve d'après la topographie des lésions observées et qui semble confirmée par la marche ultérieure des accidents. En raison même du voisinage des lésions admises et des gros vaisseaux et nerfs, j'écarte toute idée d'intervention nouvelle et décide de laisser la nature agir seule.

25 Avril. — Crise de méningisme (céphalée violente, vomissements bilieux spontanés, convulsions) durant trois jours, sans fièvre et avec pouls normal.

29 Avril. — Plus aucune douleur : ni vertige ni convulsions.

Va bien durant huit jours.

7 Mai. — Perte de connaissance et vertige la veille. Aujourd'hui crachats purulents abondants (un crachoir entier), un peu teintés de sang. Dans la plaie opératoire, pus venant de l'orifice tubaire.

8 Mai. — Retour complet à la santé.

23 Mai. — Perte de connaissance durant quelques minutes avec lucidité et santé complètes après la crise. Quatre crises semblables jusqu'au 27.

27 Mai. — Depuis cette date, état général excellent : la malade engraisse. Cependant sensation de striction au fond de la plaie opératoire. Pus et sang au fond de ladite plaie qui disparaissent totalement le 1^{er} juin. A partir du 2 juin, on laisse se fermer la plaie rétro-auriculaire. La paralysie faciale diminue sans aucun traitement.

14 Juin. — Vertige subit avec chute du côté de la lésion, suivi de

crachats purulents et sanguinolents (un demi-crachoir). La plaie rétro-auriculaire est presque cicatrisée. Le conduit auditif élargi permet la surveillance de toute la cavité opératoire épidermisée dans sa presque totalité.

16 au 22 Juin. — Encore plusieurs crises (chute et perte de connaissance), vertige dans la position horizontale, striction dans l'oreille. Plus de crachats purulents.

23 Juin. — Empâtement douloureux de toute la région sterno-mastoidienne droite. Cordon dur sur le trajet de la jugulaire descendant jusqu'au larynx. Pas de fièvre, mais aurait eu des frissons. Thrombo-phlébite de la jugulaire interne.

26 Juin. — Cordon dur et volumineux formé par la jugulaire interne depuis l'apophyse mastoïde jusqu'à trois travers de doigt de la clavicle. Hyperesthésie excessive de toute la région sterno-mastoidienne. OEdème de cette région. Toujours pas de fièvre, mais a un frisson très net devant nous. Vertige permanent augmentant les yeux fermés. Céphalalgie arrachant des plaintes continuelles à la malade; cet état persiste les jours suivants.

1^{er} Juillet. — L'examen du pharynx révèle un gonflement dur, douloureux, très prononcé de la paroi pharyngée latérale droite. La phlébite reste stationnaire et douloureuse.

7 Juillet. — Douleur spontanée de la région de la jugulaire et céphalalgie presque disparues. La malade crache de nouveau du pus sanguinolent. Rien aux poumons.

9 Juillet. — Vertige et perte de connaissance. Crachats purulents, rien aux poumons. La cavité opératoire intra-auriculaire se remet à suppurer; la plaie rétro-auriculaire se rouvre.

10 Juillet. — Le nettoyage de la cavité opératoire nécessite le curettage d'un point bourgeonnant et suppurant au niveau de l'orifice tubaire: on la désinfecte à la teinture d'iode. Aussitôt après ce pansement, la malade tombe dans le coma et y reste durant quatre jours. Toujours apyrexie complète.

13 Juillet. — Elle reprend connaissance et crache abondamment du pus mêlé de sang. La thrombose de la jugulaire diminue de plus en plus et se réduit à un mince cordon dur, non douloureux, sans aucun empâtement de la région. Plus rien dans le pharynx.

Jusqu'au 28 juillet, la malade va de mieux en mieux. A ce moment, les plaies opératoires sont complètement cicatrisées et bien sèches; l'état général est excellent: la paralysie faciale a complètement disparu. Je m'absente pour un mois.

Durant août, deux crises très courtes de perte de connaissance. Fin août, je retrouve la malade guérie: état général parfait,

engraissement prononcé; plus aucun symptôme morbide; oreille cicatrisée; au cou plus rien qu'un mince cordon souple. Elle sort de l'hôpital le 7 septembre.

Le même jour, en venant chez moi me remercier, *Angèle L...* a une syncope dans la rue, syncope que j'attribue à ce que, pour la première fois depuis six mois, elle met un corset, et un corset trop étroit par suite de son engraissement. Ce corset enlevé, elle n'éprouve plus aucune gêne et se remet complètement.

Ici aurait dû s'arrêter l'histoire médicale de ma malade, histoire à laquelle je pensais n'avoir à ajouter quelques mois après que la mention guérison se maintenant parfaite. Mais il était dit qu'elle me donnerait elle-même la clé de l'allure bizarre de quelques-uns des symptômes observés, et que je n'ai trouvés décrits nulle part dans les cas de complications otitiques.

Fin septembre, *Angèle L...* m'envoie dans une petite boîte six ou sept petits débris brunâtres et durs qu'elle aurait rendus en crachant de nouveau du pus et qu'elle croit être de petits morceaux d'os. Ces débris examinés au microscope sont reconnus être des fragments de graines quelconques.

Le 4 octobre, elle vient me raconter qu'elle a depuis dix jours de nouvelles crises de céphalée et de vertige; elle ne serait pas guérie, car son oreille a de nouveau saigné; elle a craché du pus et des débris d'os: il reste sûrement quelque chose de malade dans la profondeur de l'oreille. Ce récit m'étonne, car elle a une mine florissante et gaie. Je la rassure sur les fameux débris d'os qu'elle m'a envoyés; ce ne sont que des fragments de graine; puis je l'examine et constate que, en dehors de sa surdité droite absolue antérieure à toutes interventions de ma part, elle ne présente aucun signe labyrinthique qui confirme le vertige qu'elle prétend éprouver. Sa plaie est parfaitement cicatrisée et présente seulement au-devant de l'orifice tubaire un petit diaphragme membraneux de coloration rouge foncé. Je le ponctionne et en fais sortir quelques gouttes de sang noir. Est-ce là l'indice d'une lésion persistante? Je ne le crois pas. En tout cas, je commence à me méfier des dires de ma malade et la renvoie en la rassurant autant que possible sur sa guérison complète.

Le 11 octobre, elle revient, ayant eu, dit-elle, des douleurs de tête terribles et une perte de connaissance d'une grande demi-heure. Depuis elle a des écoulements de l'oreille et m'en apporte comme preuve un tampon de coton taché par l'écoulement. Or ce tampon est taché en noir bleu comme si on l'avait trempé dans l'encre. J'examine l'intérieur de l'oreille et le trouve également taché en noir bleu.

Avec de l'eau oxygénée d'abord, puis avec du bisulfite, je fais disparaître ladite coloration noire et trouve une cavité absolument nette de toute lésion. La supercherie est donc évidente; rapprochée de la bizarrerie de plusieurs symptômes qui m'ont si fort intrigué durant sa maladie et que je n'avais jamais vus décrits ainsi, elle me révèle à ma grande surprise que ma malade est hystérique, chose dont ni moi ni personne à l'hôpital n'avions même eu le soupçon. Aujourd'hui elle simule certainement, et sans autre motif que son hystérie, des symptômes qu'elle n'éprouve pas. Sans rien lui dire de ma découverte, je lui affirme que son oreille est absolument guérie et que je ne comprends rien à cette coloration du coton qu'elle a mis dans son oreille, car celle-ci ne sécrète rien et, même si elle sécrétait, ce ne serait pas un liquide tachant en noir.

Les douleurs, vertige, perte de connaissance qu'elle a, tiennent non à son oreille, mais à son état nerveux, qu'elle guérira sûrement si elle va vivre et travailler au grand air et si surtout elle ne pense plus à ce qu'elle a eu du côté de l'oreille.

Après son départ, je vérifie que le tampon a bien été noirci avec de l'encre.

Angèle L... revient encore le 22 novembre, se plaignant toujours de douleurs dans la tête et l'oreille, mais surtout pour obtenir un certificat constatant qu'elle sera bientôt guérie, parce que, dit-elle, elle a eu la veille une perte de connaissance avec convulsion durant une demi-heure et que sa patronne ne veut plus la garder si on ne lui certifie pas qu'elle n'aura plus de crises semblables. Elle me refait le coup du tampon taché de l'oreille; mais cette fois le tampon est taché de sang, mais d'un sang si pâle (rose) et si uniformément répandu qu'il ne provient certainement pas d'une érosion de l'oreille, érosion qui n'existe même pas, car la cavité de l'oreille est absolument nette.

Je dis nettement à la malade que je ne suis pas dupe de ses supercheries, que je sais très bien que c'est elle qui a taché elle-même ses tampons d'oreille la première fois avec de l'encre, la seconde avec du sang pris je ne sais où. Quant aux symptômes qu'elle accuse, je n'y crois pas, sauf à ses pertes de connaissance et à ses convulsions. Pour moi, ce n'est plus son oreille mais ses nerfs qui sont malades; et ceux-ci, son médecin habituel les guérira mieux que moi, car il sait pourquoi ils sont malades.

De son médecin, à qui j'ai écrit, j'ai reçu les renseignements suivants qui confirment l'hystérie de la malade: « Deux sœurs très nerveuses; l'une a des syncopes pour des motifs futiles, l'autre a présenté une syncope grave à la suite de l'avulsion d'une dent.

Notre malade, elle, a eu une anesthésie totale du bras gauche à la suite d'un insignifiant accident du travail, anesthésie qui a disparu par quelques séances de faradisation. Plus tard elle a eu de l'aphonie sans laryngite, laquelle a disparu comme elle était venue, c'est-à-dire brusquement. Les syncopes qu'elle présente actuellement sont aussi de nature hystérique, comme je l'ai constaté. »

Depuis j'ai revu en février et mars 1910 *Angèle L...* totalement guérie, sauf une hyperesthésie exagérée de la région temporale droite : elle ne m'a plus parlé d'écoulements de l'oreille ni d'aucune souffrance. Elle a cependant encore des pertes de connaissance au moins une fois par mois, détail que je sais par d'autres personnes de son pays.

Maintenant et pour terminer cette observation, que je regrette de n'avoir pu ni su mieux recueillir, que m'eût servi de savoir au début et même durant le traitement que ma malade était hystérique ? Je viens de relire son observation, et je constate que ce renseignement m'aurait plus embarrassé qu'aidé. Je me serais certes expliqué l'allure bizarre de la plupart des symptômes, ces crises à grand fracas, ces syncopes prolongées, ces hyperesthésies, cette amaurose, toutes ces manifestations morbides sans fièvre ni hypothermie ; mais, l'apyrexie constante aidant, j'aurais probablement attribué à tort à l'hystérie quelques-uns des signes qui m'ont le plus guidé après ma première intervention, je n'eusse probablement pas pratiqué l'exploration inutile du cerveau ; mais aurais-je pratiqué ma troisième intervention, où j'ai découvert des lésions si intéressantes ?

Sans parler de l'abcès de la pointe du rocher se vidant par intermittences dans le pharynx ni de la thrombo-phlébite de la jugulaire qui en résulta, cette observation est des plus intéressante par l'influence de l'hystérie sur les symptômes observés et par l'erreur qui en eût pu résulter au sujet de la réalité des lésions. C'est ce qui m'engage à la publier pour que d'autres en fassent leur profit.

NOTES DE TECHNIQUE

NOUVEAU MANCHE UNIVERSEL POUR INSTRUMENTS D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE.

Par **Camille HUBERT**,

Assistant de laryngologie à l'hôpital Saint-Joseph.

Ce manche universel se compose essentiellement de deux branches faisant pince et d'une culasse mobile. Les divers instruments se montent sur ce manche à l'aide de canules et de tiges internes flexibles.

I. *Manche universel*. — Les deux branches s'articulent entre elles par une articulation en doigt comparable à l'articulation Collin des pinces hémostatiques. Leur écartement est maintenu par un double ressort. *La branche antérieure*, *branche mobile*, forme *levier*. Elle est à peu près rectiligne, porte l'articulation en doigt et commande, par un bouton à vis, les mouvements de la culasse mobile.

La branche postérieure, *branche immobile*, fournit une *prise* solide permettant d'avoir l'instrument bien en main et un *support* sur lequel se montent culasse et canule.

La partie « prise » et la partie « support » sont coudées à angle obtus l'une par rapport à l'autre, de telle façon que la main de l'opérateur ne peut pas cacher le champ opératoire. La partie *prise* est construite en forme d'anneau ouvert destiné, d'une part, à s'encastrent entre le pouce et l'index, et, d'autre part, à enserrer la paume. La partie *support* se termine en avant par un canon crénelé sur lequel on monte la canule, qui est maintenue en position par une vis traversant le canon. Grâce aux crénelures, une canule courbe peut avoir sa courbure fixée dans un plan, tandis que le manche fait avec ce plan tel angle que l'on désire (fig. 3) ; l'opérateur peut ainsi donner à sa main la position qu'il juge la plus naturelle.

En arrière, la partie « support » présente une queue d'aronde sur laquelle glisse la culasse mobile.

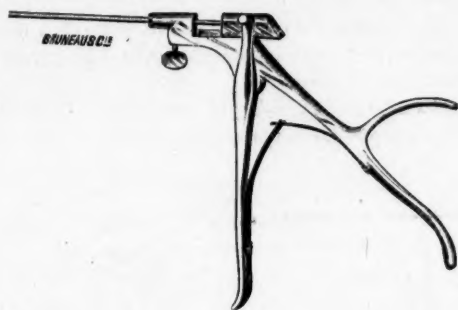


Fig. 1.

Cette *culasse mobile* est solidaire des mouvements de la branche faisant levier par l'intermédiaire d'un bouton à vis se déplaçant dans une mortaise profonde. Elle supporte en

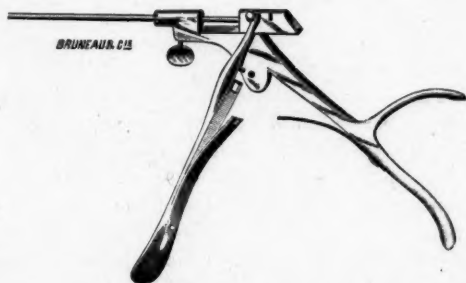


Fig. 2.

avant un tube d'acier, destiné à s'engager dans la canule et à l'extrémité duquel se visse la tige interne flexible.

Ces différentes pièces sont très robustes.

Le démontage et le remontage de ce manche universel sont très simples. Il suffit de dévisser la vis s'engageant dans la mortaise de la culasse mobile et de retirer cette culasse

mobile pour n'avoir plus entre les mains qu'une simple pince hémostatique à articulation Collin. Le remontage s'opère en sens inverse.

Ce manche est ainsi d'un entretien très facile. Ses mouvements ne nécessitent point de force ; on peut donc garder une grande délicatesse de main.

II. *Canules et tiges flexibles.* — Les canules et les tiges internes flexibles ont des longueurs et des formes différentes,



Fig. 3.

suivant qu'il s'agit de monter des instruments pour les oreilles, le nez, le larynx.

Au lieu d'employer des canules en acier qui *rouillent* et qui sont *rigides*, il est préférable, comme le recommande depuis longtemps notre maître M. Chatellier, d'avoir des *canules en cuivre rouge* qui ne *rouillent* pas et qui sont *malléables*. Ce dernier point est surtout important pour le montage des instruments laryngiens, à qui l'on peut ainsi donner, dans chaque cas, la courbure la plus propice. La canule se termine par une petite bague molletée permettant de fixer dans n'importe quel plan l'instrument vissé.

Les tiges flexibles ne présentent rien de particulier.

III. On peut monter sur ce manche de très nombreux instruments : pour les *oreilles* les pinces à polypes du type Hartmann ; pour le *nez*, les différentes variétés de pinces de Grunwald et leurs dérivés ; pour les *amygdales*, de petits morcelleurs ; pour le *larynx*, des pinces analogues aux pinces de Fränkel,

de Schneinmann, de Krauss, de Spiess, etc., et les instruments pour trachéoscopie et œsophagoscopie.

Il faut remarquer que les instruments ainsi montés, ayant un volume réduit, ne cachent pas la vue, qu'ils ne subissent pas de recul en se fermant, et que même la rupture de la tige interne flexible n'entraînerait pas la chute d'une pièce quelconque.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ BELGE D'OTOLOGIE DE RHINOLOGIE ET DE LARYNGOLOGIE

XX^e CONGRÈS ANNUEL : BRUXELLES, 11, 12 et 13 juin 1910 (1).

Président : A. CAPART, père.

Séance du samedi 11 juin 1910, à l'hôpital Saint-Jean.

La réunion a lieu à quatre heures, à la salle des Cliniques.

Le président déclare ouverte la session; il donne la parole au secrétaire général, qui expose son rapport. A l'occasion du 10^e anniversaire de la Société, DELSAUX a pris pour thème de son travail : *Origine, fondation, évolution et état actuel de la Société d'otologie, de rhinologie et de laryngologie*. Il fait ainsi l'historique de la compagnie, dont il n'y avait jusqu'ici pas de comptes rendus, pour les cinq premières années tout au moins. Ce document est déposé aux Archives.

Le trésorier expose la situation financière, et le bibliothécaire indique l'état des collections scientifiques et documentaires.

L'ordre du jour porte une proposition de BROECKAERT tendant à transformer la société en union professionnelle.

Après discussion, cette proposition est adoptée à l'unanimité, moins une abstention (JAUQUET).

Ensuite la Société approuve, à l'unanimité, la proposition de DELSAUX de créer une fédération internationale oto-rhino-laryngologique. Elle nomme, pour la représenter au sein de la future fédération, BROECKAERT (de Gand), DELSAUX (de Bruxelles) et TRÉTRÔP (d'Anvers).

Le bureau est ainsi constitué pour l'exercice 1910-1911 : BROECKAERT, président; CAPART père, président sortant; LABARRE, vice-président; DELSAUX, secrétaire général; MERCKX, secrétaire; MALOENS, trésorier; CAPART fils, bibliothécaire.

(1) Compte rendu d'après les documents officiels par E. LABARRE.

BEGO, CHEVAL et GORIS restent conseillers.

Enfin il est décidé de faire deux sessions et de mettre à l'étude pour le prochain exercice deux questions, l'une se rattachant aux maladies professionnelles : *Nécessité des examens répétés de l'ouïe chez les employés des chemins de fer de la marine et des téléphones.* Cette étude est confiée à VAN DOORSLAER, VAN DE CALSEYDE et CAPART fils. Elle sera traitée dans la session d'hiver.

L'autre question est d'ordre général et a pour titre : *Contribution à l'étude des polypes naso-pharyngiens*; V. DELSAUX est chargé de faire ce rapport à la session d'été.

L'assemblée nomme, comme membre d'honneur, le Dr GELLÉ père (de Paris); comme membres titulaires, CARLOT, DEPIESSF, LECLÉT et LUST comme membres associés, H. COPPEZ, GALLEMAERTS et STEINHAUS; comme membres correspondants, DE GAND, DESCARPENTERIES, GRADENIGO, KAN, KOENIG et VALENTIN.

De nombreux confrères étrangers assistent à la réunion. Ce sont GRADENIGO et POLI, représentant l'Italie; BURGER et QUIX, la Hollande; BICHATON, GELLÉ fils, LUBET-BARBON, MARTIN, POYET fils, SIMON et TEXIER, la France; GOLDSCHMIDT, l'Allemagne.

I. — DÉMONSTRATIONS DE PIÈCES ANATOMIQUES OU ANATOMO-PATHOLOGIQUES.

JAUQUET (de Bruxelles). — **Un cas de pansinusite avec complications oculaires, endocraniennes et pharyngées.** — Le malade se présente avec du gonflement de l'orbite droite, de l'infiltration laiteuse de la cornée de ce côté, de la papillite visible seulement à gauche (service du Pr Gallemaerts). L'examen relève l'existence d'une polysinusite bilatérale et d'une tumeur latéro-pharyngienne molle ayant l'aspect d'un abcès froid. L'évidement complet unilatéral droit est pratiqué. Aucune communication directe n'est trouvée avec le cerveau. L'opération et le pansement terminés, le malade semble être dans un état très favorable; mais un quart d'heure plus tard survient un arrêt de respiration que des soins immédiats ne parviennent pas à combattre.

L'autopsie révèle : méningite de la base, sinus latéraux et médian thrombosés et remplis de pus, nécrose superficielle de l'étage moyen, large passage du pus dans la région ptérygoïdienne par le trou ovale droit. Aucune communication directe avec la région opératoire.

Discussion.

CHEVAL fait remarquer à JAUQUET qu'il doit y avoir un *lapsus linguae* dans la narration de son cas; la collection purulente découverte par lui dans le pharynx de son malade est un abcès par congestion et non un abcès froid.

Il demande à JAUQUET si, en présence de ce symptôme et de la papillite optique qui est si souvent un signe de complication endocranienne, l'examen du sang et du liquide encéphalo-rachidien a été fait par lui. Dans un cas comme celui-ci, dit-il, la thrombophlébite des divers sinus cérébraux aurait pu être décelée sur le vivant par l'altération de la formule leucocytaire et, d'un autre côté, la méningite suppurée de la base se serait décelée par la coloration trouble et les modifications des caractères du liquide encéphalo-rachidien ou tout au moins par ses altérations microscopiques. Ces examens n'auraient pris que quelques instants et étaient, d'après lui, indispensables avant une opération de cette gravité. Un diagnostic précis s'impose avant toute intervention.

Nous sommes tous d'accord aujourd'hui pour reconnaître la valeur diagnostique de ces deux examens.

JAUQUET. — J'ai dit dans ma narration qu'il y avait à la paroi latérale du pharynx une tumeur qui avait l'aspect d'un abcès froid, parce que j'avais toujours cru qu'on appelait « abcès froid » toute collection purulente qui se formait à un endroit éloigné du point de production du pus.

BROECKAERT. — C'est un abcès par congestion.

CHEVAL. — Évidemment, c'est un abcès par congestion que vous venez de définir : je n'insiste pas, c'est une question de mots.

JAUQUET. — Il s'agit évidemment d'un abcès par congestion, mais il n'y a là qu'une question de mots.

On vient de vous dire que tout le monde aujourd'hui est d'accord pour reconnaître l'importance de l'examen du sang et du liquide encéphalo-rachidien dans le diagnostic des complications endocraniennes des suppurations nasales. C'est fort heureux, parce qu'il n'en a pas toujours été ainsi. Les symptômes étaient suffisants pour établir l'imminence de complications endocraniennes. L'opération était donc indispensable en tout cas, et il y avait urgence d'opérer, afin d'augmenter les chances que pouvait avoir le malade d'échapper ainsi à la mort.

TRÉTRÔP. — N'y avait-il pas concomitance entre la polysinusite et les complications endocraniennes? N'y avait-il pas de la tuberculose?

JAUQUET. — Il y avait en tout cas parallélisme extraordinaire.

DELIE (d'Ypres). — Je crois qu'un examen du liquide encéphalo-rachidien s'imposait pour renseigner sur l'état des méninges : déjà, macroscopiquement, on aurait pu faire un diagnostic exact de méningite purulente et, dans ce cas, l'abstention eût été préférable, me semble-t-il.

CAPART, fils. — Si par la ponction lombaire l'état des méninges avait été diagnostiqué, on aurait pu intervenir plus logiquement ; il fallait rechercher les complications endocraniennes. Une mise à nu de la dure-mère s'imposait. Dans le cas présent, les lésions endocraniennes étaient trop étendues pour laisser espérer un résultat favorable ; mais, dans un cas moins grave, cette méthode aurait permis d'opérer un abcès endocranien et d'aboutir à un bon résultat.

LUC (de Paris). — Le fait clinique que vient de nous communiquer notre collègue JAUQUET prouve, avec beaucoup d'autres, que j'ai réunis dans mon rapport destiné au Congrès de Budapest, que les complications intracraniennes consécutives aux suppurations frontales ne sont pas toujours post-opératoires et que, tôt ou tard, ces complications, abandonnées à elles-mêmes, sont susceptibles d'aboutir à des accidents mortels.

Dans ce cas, l'opération est arrivée trop tard.

JAUQUET. — Je tiens à faire remarquer que l'opération n'a montré aucune trace d'effraction du pus vers le cerveau, ce que l'autopsie a démontré du reste. La névrite optique était due à l'infection du nerf par le pus du sinus sphénoïdal.

A DELIE je répondrai que, en tout cas, la ponction lombaire ne pouvait en rien influencer ma décision d'opérer et qu'il fallait aller au plus pressé.

Je conclus en disant que j'ai opéré délibérément et qu'en de semblables circonstances il faut toujours opérer.

DE STELLA (de Gand). — **Diagnostic et traitement des labyrinthites suppurées.** — Démonstration très intéressante d'un cas de labyrinthite suppurée opérée par lui dans son service et de pièces trépanées montrant les diverses voies d'accès vers le labyrinthe antérieur et vers le labyrinthe postérieur, ainsi que les points de repère à observer afin d'éviter le nerf facial.

Cette communication, fort intéressante, ne peut se résumer.

BROEKAERT (de Gand). — **Volumineux kyste dermoïde du plancher de la bouche.** — Tumeur kystique, en forme de silex roulé

et aplati, enlevée par la voie buccale. Une incision faite le long de l'arcade dentaire a permis de la dégager avec la plus grande facilité.

Discussion.

GORIS. — Une opération doit toujours se faire aseptiquement autant que faire se peut. J'opère toujours par la voie sus-hyoïdienne, car, si l'infection s'était faite dans cette vaste poche, il eût pu se produire des accidents graves.

BROECKAERT. — Les kystes de ce genre siégeant toujours au-dessus de la sangle du mylo-hyoïdien, je n'ai pas cru devoir la traverser pour atteindre cette tumeur, qui était sous la muqueuse buccale.

FERNANDÈS (de Bruxelles). — **Calcul du canal de Sténon.** — Cet homme avait présenté à diverses reprises une tuméfaction de la région parotidienne. A la palpation, l'auteur constata la présence d'une petite nodosité; c'était un calcul qui pesait 25 centigrammes.

CAPART, père. — **Un cas de sporotrichose pharyngo-laryngée.** — **Préparations microscopiques.** — Malade portant une tumeur du pharynx et du larynx qui pouvait être prise pour une affection maligne, car il avait présenté l'an dernier des tumeurs du côté du bras et au creux de l'aisselle qui avaient été reconnues pour de la sporotrichose.

Capart insiste sur la difficulté de la recherche microscopique et sur la grande facilité au contraire de la recherche du germe sur les milieux de culture appropriés. Il conclut que nous avons tous dû passer à côté des cas semblables.

L'administration de l'iodure de potassium a suffi pour guérir ce malade.

Discussion.

TRÉTRÔP. — Le premier cas de cette affection a été signalé en Amérique par Schenck, en 1898. Jusqu'en 1903, on n'en trouve pas de traces en Europe.

En général, le point de départ de la maladie est la bouche et le pharynx, puis l'affection se généralise. Il semblerait que les légumes et notamment la salade seraient les principaux véhicules de la sporotrichose.

La séance est levée à sept heures et demie.

Séance du dimanche 12 juin 1910, à l'hôpital Saint-Jean.

On se réunit à neuf heures dans la salle de consultations du service du D^r V. DELSAUX.

III. — PRÉSENTATIONS DE MALADES.

FERNANDÈS (de Bruxelles). — **Quelques cas de lupus nasal.** — L'auteur présente trois malades atteintes de manifestations nettement déterminées du lupus nasal et chez lesquelles l'épreuve par la tuberculine de Koch avait donné un résultat positif. Ces malades furent traitées par des badigeonnages de parachlorophénol pur. Comme le fait remarquer l'auteur, la guérison est parfaite chez la première malade; la seconde est considérablement améliorée, bien que le traitement soit suspendu depuis un an; la troisième, enfin, en traitement depuis deux mois seulement, semble également avoir bénéficié du *modus faciendi*.

MERCKX (de Bruxelles). — **Modification au procédé habituellement employé pour la cure de la polysinusite.** — La plupart des chirurgiens, au cours des évidements de la face pour polysinusite, résèquent les os nasaux, soit d'une façon définitive, soit temporairement. La résection temporaire avec lambeau ostéo-cutané expose à l'infection et même à la nécrose. De plus, la formation du cal à ce niveau est forcément disgracieuse. Enfin la cicatrice se ressent des troubles circulatoires.

La résection définitive donne peut-être des résultats esthétiques meilleurs, mais produit souvent une asymétrie à la paroi antéro-supérieure de la fosse nasale.

L'auteur préconise de faire, après une incision cutanée unique, une brèche séparée pour le sinus frontal, puis une seconde brèche inférieure, comprenant l'orifice de la narine et une partie de la paroi antérieure du sinus maxillaire. Cette ouverture, qui ne touche pas aux os nasaux, permet d'opérer l'ethmoïde et le sphénoïde comme par la voie transmaxillaire. Elle n'entraîne aucun des inconvénients signalés plus haut.

COLLET (de Bruxelles). — **Malades opérés de polysinusite de la face.** — Collet montre d'abord une malade opérée de polysinusite double en deux temps, à droite, puis à gauche, à quinze jours d'intervalle.

L'opération fut presque exsangue, grâce à l'application d'adrénaline, au tiers, d'abord en tamponnement dans la fosse nasale, avant la narcose, puis en injections sous-cutanées au niveau de l'incision.

L'ethmoïde a été abordé ainsi que le sphénoïde en défonçant l'unguis et la paroi orbitaire interne osseuse, les os propres du nez restant intacts. Le sinus maxillaire fut attaqué par le bord antéro-interne de la partie moyenne du maxillaire supérieur.

Collet présente ensuite une seconde malade opérée il y a quatre ans d'ethmoïdite double par la voie intranasale et considérée comme guérie. Depuis lors, et successivement, cette malade fut atteinte et opérée de sinusite frontale sans participation du sinus maxillaire, de sinusite sphénoïdale et enfin de sinusite maxillaire. L'auteur insiste sur l'évolution successive de ces sinusites et pense qu'il s'agit ici d'une affection osseuse évolutive, d'une ostéomyélite. Ce qui confirme sa manière de voir, c'est que parfois encore cette malade présente des poussées inflammatoires avec douleur et gonflement soit dans la région frontale, soit au niveau de l'os propre du nez ou de la voûte palatine.

VAN DEN WILDENBERG (d'Anvers). — Fractures de la base du crâne, du frontal et des os de la face. Lésions graves du cerveau. Polysinusite. Guérison. — Comme l'indique le titre ci-dessus, la malade que montre l'auteur présentait des lésions multiples du crâne, du cerveau et des sinus, consécutifs à un traumatisme. Cinq opérations furent pratiquées successivement, dans l'espace de huit mois, pour aboutir enfin à une guérison définitive.

L'auteur insiste surtout sur la tolérance marquée du cerveau et des méninges vis-à-vis des larges interventions qu'il a été amené à pratiquer.

Béco (de Liège). — Présentations de malades opérés de laryngostomie pour papillomes. — Le premier de ces malades a été trachéotomisé le 2 mai 1908; il a repris son travail le 1^{er} juin. L'autoplastie de la stomie a été faite neuf mois plus tard.

Le deuxième, chez lequel trois thyrotomies avaient échoué, portait depuis six ans une fistule, puis une canule trachéale. Grâce à la laryngo-trachéostomie, la guérison des papillomes a été obtenue en trois mois et demi. Ce malade reste guéri depuis vingt mois, mais garde encore sa stomie.

Chez le troisième, on prévoit seulement la fin des papillomes au bout de deux ans; mais, dans le cours de la seconde année, il n'a pas été suivi d'assez près: il y a eu perte de temps.

L'auteur fait remarquer que, chez les deux premiers laryngo-trachéostomisés, il a laissé se fermer très vite le larynx pour ne garder que la stomie trachéale; chez le troisième, en raison de la

diffusion des lésions, la laryngo-trachéostomie a été maintenue usqu'à présent.

BLONDIAU (de Charleroi). — **Jeune femme atteinte de papillomes suffocants du larynx.** — Malade âgée de 21 ans qui, depuis l'âge de 6 ans, porte une canule trachéale. Des papillomes volumineux obstruent de tous côtés la glotte. Il y a trois ans, à la suite d'un ensemencement sur le pourtour de l'orifice trachéal et dans la trachée, une opération d'urgence fut pratiquée. Après anesthésie courte par la cocaïne, les papillomes furent enlevés à l'anse galvanocautérique.

Le traitement qui, dans ce cas, apparaît comme nettement indiqué est la laryngostomie prolongée. Cette opération aurait été pratiquée depuis longtemps déjà si la famille ne s'était opposée à toute intervention.

En présentant cette malade, l'auteur a eu surtout en vue d'opposer un sérieux élément de controverse à l'opinion émise récemment encore par SAINT-CLAIR THOMSON, savoir : que les papillomes ont une tendance à disparaître spontanément vers l'âge de 6 ans ; que la trachéotomie, combinée aux manœuvres laryngiennes, suffit pour guérir les papillomes suffocants.

JAUQUET (de Bruxelles). — **Présentation d'un laryngostomisé guéri.** — Ce sujet a été opéré en octobre 1907 et montré au Congrès d'il y a deux ans. Il était alors complètement débarrassé de son obstruction laryngo-trachéale (Voir description détaillée du cas faite à cette époque) ; mais sa stomie, qui ne donna lieu à aucun incident et était maintenue fermée par un emplâtre adhésif, ne fut refermée que cette année, par simple suture médiane. Le résultat, tant plastique que physiologique, est parfait.

DELSAUX (de Bruxelles). — **Cinq cas de sténose laryngo-trachéale traités de façon différente.** — Il s'agit d'abord d'un cas de sténose cicatricielle laryngo-trachéale traité et guéri par la laryngostomie et la dilatation caoutchoutée. Ce malade a été présenté à deux séances de la Société belge d'oto-laryngologie. Il est resté parfaitement guéri et serait dans des conditions tout à fait normales si sa voix n'était enrouée par immobilisation de la corde vocale gauche dans le tissu cicatriciel.

Ce sont ensuite deux canulards dont le premier avait été trachéostomisé dans un village de Flandre et que le médecin ne parvenait pas à décanuler. Après s'être assuré par la trachéoscopie inférieure et la laryngoscopie rétrograde qu'aucun obstacle maté-

riel n'existait à la respiration, l'auteur pratiqua une série de cocaïnisations de la trachée qui firent supporter à l'enfant l'enlèvement momentané de la canule, puis son obturation pendant un temps progressivement plus long. La plaie trachéale fut ensuite obturée à l'aide du doigt, puis à l'aide d'un emplâtre que l'enfant portait pendant une heure et plus; finalement, il s'endormit sans sa canule et depuis lors demeura guéri. Sa voix est tout à fait normale. C'est une victoire de la méthode de rééducation respiratoire.

Le second cas concerne une fillette de 13 ans, qui avait été trachéotomisée, il y a un an et demi environ, pour rétrécissement spécifique laryngo-trachéal. Hospitalisée, elle fut trachéoscopiee et laryngoscopiée, sous adrénaline-cocaïne. Le traitement par l'obturation canulaire et l'application de l'emplâtre vinrent à bout assez rapidement de la sténose spasmodique, qui, se joignant à la sténose vraie, se produisait quand on décanulait cette enfant.

Les deux malades qui suivent sont encore pourvus de canules : un enfant de 9 ans fut amené à l'hôpital, un soir, en imminence d'asphyxie. On lui fit à plusieurs reprises le tubage du larynx, puis, d'urgence, la trachéotomie, qui amena l'ouverture d'un abcès sous-glottique à streptocoques. Cet enfant portait en outre une cicatrice pharyngienne que l'apparition subséquente d'un bourgeon lupique du nez montra être consécutive à une localisation tuberculeuse. Guéri de son affection sous-glottique, il put être décanulé. Ce résultat heureux ne se maintint, hélas! pas. L'enfant dut être trachéotomisé à nouveau, et, malgré de nombreuses et patientes tentatives de décanulement, il quitta l'hôpital porteur de sa canule.

Malheureusement, en dépit du séjour à la campagne et peut-être à cause du manque de soins, le lupus du nez a évolué au point que toute la fosse nasale droite est remplie de croûtes et de productions lupeuses. La canule qu'il porte n'est nettoyée que de loin en loin; l'auteur estime qu'il y aurait grand avantage à faire, dans ce cas, une stomie trachéale. Plus tard, on pourrait la refermer après que le lupus du nez aurait été traité et suffisamment amélioré pour que, de ce côté tout au moins, l'on n'ait plus de craintes.

La dernière observation concerne une enfant de 9 mois qui fut apportée asphyxiant à l'hôpital. Les parents croyaient qu'elle avait avalé un fragment de zeste de noix.

Tentative infructueuse de trachéo-bronchoscopie supérieure sous chloroforme. Trachéotomie basse. Dès lors l'enfant respire, se recolore. Ni la trachéoscopie inférieure, ni l'auscultation, ni la radioscopie ne permirent de déceler de corps étranger. Delsaux se crut autorisé à tenter la rééducation respiratoire et fit faire de l'ob-

turation canulaire sous surveillance continue. Malheureusement, au cours d'une de ces tentatives pendant laquelle on avait obturé la canule par un bouchon, l'enfant s'asphyxia subitement, et il fallut avoir recours aux inhalations d'oxygène pour la tirer d'embarras. L'auteur suspendit dès lors la méthode de rééducation respiratoire ; il envoya l'enfant à la campagne et avisera dans la suite aux moyens à employer pour rétablir la respiration physiologique.

Comme conclusion, Delsaux insiste sur la nécessité de tenter la décanulation progressive avant d'en venir à la stomie trachéale ou laryngo-trachéale, qui doit rester l'ultime moyen de vaincre la sténose des voies aériennes supérieures.

GORIS (de Bruxelles). — **Opération radicale du cancer du conduit auditif.** — Après avoir rappelé ses précédentes communications à la Société de chirurgie et à la Société médico-chirurgicale du Brabant sur ce sujet, Gobis présente un malade qu'il a opéré d'*ulcus rodens* de l'oreille avec infiltration ganglionnaire étendue de la région cervicale et de la région sus-claviculaire.

L'opération a consisté à enlever en bloc les deux paquets ganglionnaires avec le sterno-mastoïdien, l'apophyse mastoïde jusque sur la dure-mère et jusqu'au fond de la caisse et la partie postérieure du pavillon de l'oreille. La partie antérieure de celui-ci a servi de lambeau autoplastique.

Il ne reste plus d'autre trace de l'opération qu'une petite fistule qui va chaque jour se rétrécissant.

VAN DEN WILDENBERG (d'Anvers). — **Abcès du cervelet opéré et guéri.** — Cette malade est guérie depuis deux ans après avoir subi trois opérations :

1° Évidement pétro-mastoïdien avec résection de la jugulaire interne et du sinus sigmoïde atteints de thrombose ;

2° Résection du golfe de la jugulaire après ouverture du trou déchiré postérieur ;

3° Ouverture d'un abcès cérébelleux.

Au cours du traitement, cette malade présentait en outre un phlegmon gangreneux du cou et de la tête et un abcès métastatique du poulmon.

BUYS (de Bruxelles). — **Applications pratiques du nystagmographie.** — Au moyen de son appareil, Buys inscrit tous les nystagmus vestibulaires ou autres.

En clinique, la nouvelle méthode présente de nombreuses appli-

cations; elle peut surtout être employée à la notation du nystagmus de la rotation, pendant la rotation même, et à l'inscription d'autres formes de nystagmus vestibulaires dans ces conditions où, par leur peu d'intensité, ils échappent aux méthodes ordinaires d'observation. C'est spécialement le cas du nystagmus galvanique et du nystagmus spontané.

L'auteur fait la démonstration de l'inscription du nystagmus rotatoire pendant la rotation. Il montre que le meilleur résultat pratique s'obtient à l'aide de petits mouvements alternatifs à droite et à gauche imprimés au malade assis dans le fauteuil tournant; ce procédé donne des résultats comparables à ceux de la méthode classique des dix tours et a sur cette méthode l'avantage de n'être nullement pénible et de pouvoir être supporté par les sujets vertigineux.

Le nystamographe enregistre le nystagmus spontané, qui échappe aux procédés ordinaires d'investigation. Cette notation peut se faire au lit du malade; elle a une importance de premier ordre, car elle oriente le diagnostic vers la lésion vestibulaire. L'auteur fait passer une série de graphiques démontrant des cas cliniques variés.

GRADENIGO (de Turin). — Du nystagmus vestibulaire. —

Le *Pr* Gradenigo fait une étude du nystagmus vestibulaire à l'aide du nystamographe de Buys. Il reconnaît à cette méthode l'avantage d'inscrire le nystagmus pendant la rotation même et de permettre l'étude de ce réflexe lorsqu'il est produit par des excitants naturels.

Le professeur de Turin communique quelques résultats entrevus jusqu'ici. Contrairement à l'opinion générale, le nystagmus de la rotation est le même au dixième tour qu'au premier. Les variations de vitesse sont un stimulus puissant. Le réflexe nystagmique tend à s'épuiser après quelques épreuves de rotation.

Les affections chroniques de l'oreille (otosclérose) altèrent le nystagmus.

Gradenigo insiste sur la nécessité d'éliminer complètement l'influence visuelle dans les recherches du nystagmus vestibulaire; l'emploi d'un double écran opaque ne suffit pas pour cela.

Dans les cas d'hyperesthésie vestibulaire avec nystagmus spontané, l'occlusion palpébrale provoque souvent un blépharospasme involontaire, dont la notation peut être utile en médecine légale. Lorsqu'il y a destruction labyrinthique bilatérale, le nystagmus vestibulaire disparaît, tandis que le nystagmus visuel persiste.

BLONDIU (de Charleroi). — **Paralysie traumatique du facial et de l'acoustique.** — L'auteur rapporte d'abord le cas d'un jeune homme qui, il y a quelques années, se logea une balle de revolver dans l'oreille. Le projectile s'encastra dans le rocher à la hauteur de l'*aditus ad antrum* et y provoqua une fracture. Il s'ensuivit une paralysie des VII^e et VIII^e paires des nerfs craniens, et qui disparut totalement peu de temps après l'extraction de la balle.

Le second cas concerne un enfant qui fit une chute particulièrement malheureuse en tenant en main un crayon armé d'une armature métallique. Le crayon, après s'être insinué entre la paupière supérieure et le globe oculaire, traversa la cavité orbitaire et pénétra dans le cerveau à une profondeur de 8 centimètres, passant par la fente orbitaire supérieure, au ras de laquelle il se brisa. Ces détails sont très visibles sur le radiogramme présenté.

Parmi les symptômes observés, il y eut de la paralysie complète du facial et de l'acoustique. Le crayon fut extrait après évidement de la cavité orbitaire et section de la lame sphénoïdale. Un moment on put croire à la guérison de l'enfant, tant les symptômes s'amendaient rapidement. Quant à la paralysie du facial et de l'acoustique, elle était presque effacée dans ces manifestations lorsque l'enfant, soustrait à la surveillance de l'auteur, succomba huit jours après son opération.

LEDoux (d'Huy). — **Palatoplastie après résection totale du maxillaire supérieur.** — Le procédé préconisé par Ledoux consiste dans l'utilisation d'un lambeau fronto-temporal dont la partie extrême sert à réfectionner la voûte palatine, le restant devant servir à combler le déficit du massif maxillaire.

La résection du maxillaire une fois terminée, on dissèque :

1° Un lambeau musculo-cutané de 3 à 4 centimètres de largeur et de 10 à 15 centimètres de longueur;

2° On suture son extrémité (après l'avoir fait pivoter autour de son pédicule intersourcilier) à ce qui reste du voile, ou on la laisse flottante, si celui-ci a été sacrifié;

3° On suture les deux bords respectivement à ce qui reste de la fibro-muqueuse palatine le long des gencives et de l'autre côté à la face interne du lambeau jugal;

4° Derrière la lèvre supérieure, on avive le dos du lambeau et on suture.

En une seconde séance, quinze jours après la première, on sectionne le lambeau plastique près de son pédicule intersourcilier, et on le fait pivoter autour de l'axe rétro-labial, de façon à capitonner

le lambeau de la joue. De cette façon, on comble la cavité maxillaire sans cependant intéresser la fosse nasale correspondante, qui reste parfaitement perméable.

JAUQUET (de Bruxelles). — **Ablation partielle de la glande parotide pour endothéliome. Présentation de préparation et du sujet guéri.** — Il s'agit d'une femme atteinte de tumeur localisée de la parotide. Pendant l'opération, la tumeur apparut comme non énucléable et d'apparence maligne. Cependant, la partie postéro-inférieure de la glande ayant été trouvée saine, la portion altérée fut enlevée prudemment par dilacération, mais après section du prolongement antérieur avec le canal de Sténon. Guérison de la plaie par première intention; l'embouchure buccale du canal fut sondée fréquemment pour maintenir la permanence d'un trajet vers la glande; la rétention produite fut ponctionnée trois fois (salive pu.e), et l'excrétion glandulaire reprit son cours normal par l'embouchure naturelle du canal. Guérison complète sans rétention depuis plusieurs mois.

DELSAUX (de Bruxelles). — **Lymphadénome des deux parotides.** — Une femme de 67 ans vint consulter pour suppuration de l'oreille gauche avec fongosités de la caisse. Cette malade portait en même temps un gonflement non douloureux des deux parotides. L'analyse microscopique des productions charnues retirées de l'oreille donna à deux reprises : bourgeons de bonne nature. L'auteur décolla le pavillon et fit un curettage de l'oreille. Un gros ganglion se trouvait à la région sous-auriculaire et semblait devoir être attribué à l'affection de l'oreille. Cette malade fut opérée, à droite, par Jauquet, qui extirpa la parotide et les ganglions qui l'accompagnaient. L'analyse microscopique de la pièce révéla du lymphadénome. Delsaux fit alors l'analyse du sang, qui écarta la leucémie et la pseudo-leucémie, puis pratiqua l'opération à gauche et extirpa, dans une opération subséquente, un paquet ganglionnaire de la grosseur de la moitié du poing. L'analyse microscopique, pratiquée par le Dr Steinhaus, démontra la présence, dans la glande elle-même et dans les ganglions, de foyers tuberculeux.

Cette malade est actuellement en bonne voie de guérison.

L'auteur insiste enfin sur le diagnostic différentiel de l'affection.

STEINHAUS (de Bruxelles) donne quelques renseignements histopathologiques au sujet du lymphome symétrique de la parotide présenté par Delsaux et fait la démonstration des coupes microscopiques qu'il a eu l'occasion de pratiquer concernant ce cas.

VAN DEN WILDENBERG (d'Anvers). — **Un cas remarquable de gangrène de la face et du cou.** — Il s'agit d'un cas de gangrène streptococcique à marche foudroyante consécutive, probablement, à une angine de même nature. L'affection était très étendue et s'était propagée profondément jusqu'au pharynx, occupant d'un côté les loges et les glandes salivaires. De grosses artères, telles que la linguale et la faciale, avaient été détruites jusqu'à la carotide par le processus gangreneux.

La guérison du malade fut obtenue par de larges débridements et l'emploi de l'eau oxygénée et du vin aromatique.

DELSAUX (Bruxelles). — **Tumeur du médiastin avec compression du récurrent.** — Malade atteint de paralysie récurrentielle droite chez lequel la radiographie permit de constater l'existence d'une tumeur énorme du médiastin.

Ce malade fut soumis au traitement antisyphilitique, bien qu'il niât tout antécédent spécifique. Actuellement, la gêne disparaît avec l'insomnie et la cyanose, mais la paralysie persiste, ce qui engage l'auteur à faire quelques réserves quant à la guérison de ce malade.

ANALYSES

I. — OREILLES.

Contribution à la question du mouvement respiratoire et pulsatile du tympan, par ZYTOWITSCH (*Zeitschr. f. Orenheilk.*, Bd. LVII, n^{os} 2-3).

De ces recherches de Zytowitsch nous voulons simplement rete-
nir le discrédit que l'auteur jette sur l'otoscope en tant que moyen
de nous renseigner si, pendant un cathétérisme, l'air passe bien
dans la caisse. Le bruit qu'on perçoit par l'otoscope ne paraît pas
caractéristique à Zytowitsch, et il est convaincu qu'il faut mettre à
sa place un manomètre. Il nous a paru intéressant de signaler
cette nouvelle mainmise du laboratoire sur la clinique. Sans par-
ler du bruit absolument caractéristique de perforation, on sait
qu'il ne faut pas prendre pour bruit du passage de l'air par la
trompe chaque bruit qu'on entend par l'otoscope, mais qu'il en
est un absolument caractéristique de ce passage. Du reste, l'in-
jection du tympan après le cathétérisme nous paraît encore
plus commode que l'inspection d'une gouttelette d'eau faisant
une excursion de 1 millimètre dans un manomètre introduit dans
l'oreille de notre malade !

LAUTMANN.

**Recherches comparées sur le tonus de la membrane du tym-
pan dans certaines affections auriculaires**, par le D^r VOÏATCHEK
(*Viestnik ouchniels boleznei*, janv. et fév. 1909).

Le tonus de la membrane du tympan est déterminé d'après le
procédé de Tzitowitsch, à l'aide d'un manomètre auriculaire. Il
consiste en ce que, dans le conduit auditif externe, on place hermé-
tiquement un petit tube recourbé, en forme de V ; dans une des
branches de ce tube, se trouve une goutte d'alcool coloré qui se
déplace sous l'influence de la colonne d'air dans le conduit auditif,
par exemple, après une insufflation ou des oscillations pulsatives.
Suivant Tzitowitsch, la détermination du tonus de la membrane du
tympan peut être d'une aide importante dans le diagnostic de dif-
férentes affections otitiques. Par tonus du tympan, Tzitowitsch

entend l'ensemble des forces qui provoquent sa tension et auxquelles se rapporte l'élasticité propre de ses fibres radiées et circulaires ainsi que l'action des muscles *tenseur du tympan* et de l'*étrier*, dont dépend la rétraction plus ou moins grande de la membrane.

Les recherches manométriques ont montré que, dans l'otosclérose, s'observe une diminution ou une perte complète du tonus.

Par voie de comparaison des résultats de ces expériences, le Dr Voïatchek a cherché à établir jusqu'à quel point la méthode de Tzitowitsch convient au diagnostic différentiel entre l'otosclérose et les processus localisés à l'appareil nerveux de l'ouïe. En se basant sur ses recherches, Voïatchek arrive aux conclusions suivantes :

On peut considérer comme démontré que la perte du tonus tympanique s'observe bien plus souvent dans les processus scléreux primitifs que dans les formes pures d'affections du nerf auditif. Cependant ce signe n'est pas exclusivement propre à l'otosclérose, c'est pourquoi on ne se servira de la manométrie auriculaire qu'à titre d'un procédé adjuvant pour le diagnostic différentiel des affections ci-indiquées de l'appareil auditif. Les sujets ayant servi aux expériences de Voïatchek étaient des malades de la clinique de l'Académie médico-chirurgicale. On eut soin d'éliminer toutes les affections catarrhales simples et de ne laisser que les processus nerveux et scléreux (névrite, atrophie du nerf auditif, labyrinthite, affections développées sur un terrain hystérique, etc.). Le nombre total des malades soumis à ces expériences s'élevait à 89, dont 60 atteints d'un processus nerveux et 29 d'otosclérose. Parmi les malades du premier groupe, la diminution du tonus tympanique a été constatée dans 30 p. 100, et dans l'otosclérose dans 60 p. 100; autrement dit, la perte du tonus du tympan a été observée deux fois plus souvent dans l'otosclérose que dans les processus nerveux.

TRIVAS (de Nevers).

Contribution à la bactériologie de l'otite moyenne aiguë compliquée de mastoïdite, par MARK (*Zeitschr. f. Orenheilk.*, Bd. LVI, n° 3).

Il nous semble qu'on est un peu sceptique à la clinique de Bâle vis-à-vis de l'importance qu'a l'examen bactériologique dans les otites. Un fait pourtant semble acquis, c'est la prépondérance du streptocoque sur tous les autres agents pathogènes. A part cette constatation, Mark croit que, pour les autres diagnostics bactériologiques, « l'opinion subjective, l'école d'où sort l'examineur exercent leur influence dans le diagnostic morphologique des

microorganismes ». Cette dernière remarque a surtout sa valeur pour le diplocoque.

LAUTMANN.

Sur l'existence du bacille de la paratyphoïde dans les otites moyennes aiguës, par A. MARUM (*Archiv f. Ohrenheilk.*, Bd. LXXVIII, nos 1-2).

Nous ne savons pas exactement ce qu'est la fièvre paratyphoïde, mais les auteurs ont déjà publié des cas d'otite due au bacille de la paratyphoïde B; Marum publie deux cas nouveaux d'otite aiguë ayant dû subir l'antrotomie. Seul l'examen du pus a révélé l'existence du bacille de la paratyphoïde B, car rien d'autre, à part une hyperémie de l'os, caractéristique à ce qu'il semble pour la présence du bacille de Schottmüller-Kurth, n'a permis de faire le diagnostic clinique de la fièvre paratyphoïde.

LAUTMANN.

Le traitement secondaire de la radicale sans tampon, par W. LIECK (*Zeitschr. f. Ohrenheilk.*, Bd. LVIII, nos 1-2).

Revenir encore une fois sur cette question ne nous paraît pas inutile. Que ceux qui croient faire le traitement post-opératoire sans tampon lisent la façon de procéder de Lieck, qui a appris la technique directement par von zur Mühlen, pour se convaincre de combien ils sont loin de se passer de tampon. Après avoir fait la plastique, généralement d'après Stacke, le lambeau n'est pas cousu, mais appuyé par des tampons contre la brèche osseuse. La cavité opératoire est entièrement remplie par des mèches de gaze étroites qui sortent toutes par l'orifice externe de l'oreille, sauf une qui est laissée dans l'incision cutanée; ensuite la plaie rétro-auriculaire est entièrement fermée sur ce tampon. Le premier changement a lieu du cinquième au septième jour. Jusqu'ici rien de particulier; mais, à partir de ce premier changement de pansement, on n'introduit plus aucun tampon dans l'oreille, même pas la moindre mèche pour drainer par le conduit. Tout pansement, qui est journalier consiste en large irrigation de la plaie avec un bock à injections et du sérum physiologique pour enlever la sécrétion. Après avoir ainsi nettoyé la plaie, on applique un pansement avec de la gaze stérilisée. Quinze jours plus tard, on voit à peine deux à trois gouttes de pus dans le conduit, qu'on enlève avec un peu de coton. On pourrait à ce moment supprimer le grand pansement, mais il est préférable de le maintenir encore quinze jours et de faire venir le malade deux ou trois fois par semaine pour nettoyer le

peu de sécrétion qu'on peut trouver. Au bout de deux mois le malade est guéri.

Tout le reste de l'article tend à prouver que ce traitement sans tampon est le meilleur, le plus simple, le moins dispendieux et au point de vue de l'argent et au point de vue du temps, le plus commode pour le médecin et pour le malade, qui n'a plus à subir les douleurs que nécessitait le traitement classique. Il nous paraît inutile d'y insister : la chose est jugée. Les craintes d'une marche irrégulière de la cicatrisation, de la possibilité de la rétention du pus et de la formation des brides, etc., sont chimériques. Deux conditions sont nécessaires pour que ce traitement post-opératoire sans tampon puisse être employé : opération parfaite au point de vue technique et asepsie rigoureuse pendant tout le traitement. Dans les cas de cholestéatome, il est peut-être prudent de ne pas employer ce traitement. Cependant Stein a eu, parmi ses 30 cas, 12 cas de cholestéatome, qui tous ont guéri sans récurrence. LAUTMANN.

Trois cas de périostite suppurée du temporal d'origine otique;
par RICARDO BOTET (*Archivos de otologia Barcelona*, juin 1909).

Ces cas sont surtout intéressants parce qu'ils rentrent dans la catégorie de ceux qu'on ne doit pas trépaner, bien qu'ils présentent, à première vue, le syndrome classique des antro-mastoïdites avec périostite et abcès rétro-auriculaire.

L'absence de toute suppuration endomastoïdienne rend inutile, sinon dangereuse, cette intervention.

Cas I. — Fillette de 3 ans, convalescente de fièvre scarlatine, présente, après une amygdalite aiguë, de violentes douleurs dans l'oreille, auxquelles succède un écoulement purulent par le conduit.

En trois jours cet écoulement se tarit. La fièvre s'allume et atteint 39°. La région de la mastoïde rougit, devient sensible à la pression et se tuméfie sans présenter de fluctuation.

Le tympan est hyperémié, non hypertendu, non perforé; la paroi postéro-supérieure, légèrement infiltrée (côté opposé intact).

Traitement. — Instillations phéno-cocainées dans le conduit. — Fomentations chaudes sur toute la région.

Huit jours plus tard, la tuméfaction dépasse la mastoïde pour s'étendre en haut et en bas du côté du frontal et de l'occipital. La fluctuation est évidente au-dessus du pavillon. Les phénomènes du côté de la caisse se sont fortement amendés.

Incision de Wilde avec décollement du périoste. Issue d'une quantité notable de pus. Guérison.

CAS II. — Enfant de 15 mois; après un coryza bénin, fièvre et douleurs dans l'oreille avec tuméfaction de la région rétro-auriculaire s'étendant jusqu'au cou. Tympan rouge, mais ne bombant pas et sans perforation; parois du conduit légèrement infiltrées. A quatre jours de là, fluctuation diffuse de toute la région de l'apophyse mastoïde, du temporal, du pariétal et du cou. Incision de Wilde, guérison rapide.

CAS III. — Femme 49 ans; coryza grippal suivi de suppuration auriculaire ayant duré quinze jours. L'écoulement disparu, tuméfaction et douleur de la région temporale. Les téguments sont légèrement infiltrés à la base de la mastoïde. Les parois du conduit auditif sont également infiltrées, mais elles laissent apercevoir un tympan décoloré.

Traitement antiphlogistique. — Le pus se collecte à la base de l'écaïlle. Incision et guérison.

Réflexions. — Malgré leur apparence banale, ces trois observations sont néanmoins intéressantes, car elles démontrent l'inutilité de l'ouverture des cavités mastoïdiennes, comme complément de l'évacuation de l'abcès sous-périoste mastoïdo-temporal, dans des cas déterminés, et qu'elles tendent à réhabiliter en partie l'incision de Wilde, tombée dans le plus absolu discrédit.

Les périostites temporo-mastoïdiennes sont particulièrement fréquentes dans les premières années de la vie. Elles présentent comme signe distinctif l'absence de sensibilité à la pointe de l'apophyse (fait également signalé par Luc) et l'absence d'écoulement par le conduit ou tout au moins son existence éphémère. Dans ces cas, le tympan n'est jamais perforé, il n'est pas non plus hypertendu, ce qui indique bien qu'il n'y a pas rétention de pus. Quant à l'hyperémie de la membrane, elle est constante, mais le plus souvent elle n'est pas assez accentuée pour masquer le manche ou l'apophyse du marteau.

Ces cas sont justiciables de l'incision de Wilde. Si toutefois une erreur avait fait méconnaître la présence de pus dans les cellules mastoïdiennes, la persistance de la fièvre, de la douleur et des symptômes généraux dicterait une autre attitude au chirurgien, c'est-à-dire l'ouverture des cavités endomastoïdiennes. Mossé.

Contribution à nos connaissances sur les affections post-scarlatineuses de l'apophyse mastoïde et des sinus périnasaux
par RUEDI (*Zeitschr. f. Ohrenheilk.*, Bd. LVII, n°s 2-3).

A la suite des recherches entreprises par Nager sur les otopa-

thies scarlatineuses, Ruedi rapporte l'observation très résumée de 49 cas de mastoïdite consécutive à la scarlatine. A part 6 cas mentionnés par Nager, ces affections ont été constatées comme suites de la scarlatine, après guérison pour ainsi dire de celle-ci. Nous n'avons pu trouver des caractères spéciaux à ces mastoïdites, et surtout nous ne leur avons pas constaté de caractères de gravité particulière.

La deuxième partie du travail s'occupe des sinusites périnasales d'origine scarlatineuse. Le travail de Killian, paru dans le tome LVI, n° 3, de la *Zeitschrift für Ohrenheilkunde* et analysé dans les *Annales*, résume si magistralement cette question qu'il nous paraît inutile d'en rapporter de nouveau les caractères. Du reste les cas de Ruedi sont moins favorables à l'étude de cette question, puisque la plupart des malades n'avaient pas tous leurs sinus bien développés (enfants).

LAUTMANN.

Les épithéliomas de la caisse du tympan, par AVELINO MARTIN
(*Revista Barcelonesa*, Barcelona, sept. 1909).

L'épithélioma primitif de la caisse du tympan est chose relativement rare; par contre, l'évolution clinique de cette affection présente de telles variations qu'on ne peut identifier le processus que par l'examen histologique. Parfois, en effet, l'épithélioma avance à une allure tellement ralentie et une si faible tendance à l'envahissement des territoires voisins qu'il ne faut rien moins que la persistance et l'intensité de la douleur, l'insignifiance ou l'absence même de suppuration pour nous mettre sur la piste. Dans d'autres cas, au contraire, la généralisation évolue avec une telle rapidité qu'on ne peut même pas songer à une intervention chirurgicale. Voici un exemple de chacune de ces variétés :

CAS I. — M^{me} X..., 40 ans, consulte l'auteur en juin 1908. Elle fait remonter le début de son affection au mois de janvier de la même année, époque à laquelle elle se manifeste par de la douleur, des bourdonnements et une légère suppuration de l'oreille gauche. Ces deux derniers symptômes disparurent rapidement, tandis que la douleur s'exacerbait de jour en jour, sous forme de névralgies faciales à crises paroxystiques, qui partant de l'oreille s'étendaient à la région temporo-pariétale, à l'occiput et à la région sterno-mastoïdienne.

A l'examen otoscopique, l'aspect de la lésion fait songer à une otite fongueuse, car on voit au fond du conduit une masse végétante framboisée, sans pus, et saignant au moindre contact; impos-

sible de trouver le point d'insertion de la masse fongueuse. Aucune particularité à signaler du côté de l'oreille interne et de l'apophyse mastoïde.

Diagnostic. — Oïte fongueuse avec ostéite pariétale, s'étendant à différentes régions de la caisse, avec élimination probable des osselets et nécessité d'une large ouverture des cavités otiques.

La malade ayant refusé de se soumettre à cette intervention fut perdue de vue pendant huit mois, au bout desquels elle se représenta, demandant elle-même cette fois à être réopérée en raison de l'intensité des douleurs devenues telles qu'elle ne pouvait arriver à reposer de brèves minutes que sous l'effet de doses toujours croissantes de morphine.

L'évidement pétro-mastoïdien permit de noter la fragilité des cellules osseuses et de voir celles-ci bourrées de végétations grisâtres sans pus, sans odeur et sans cholestéatome. La clé du diagnostic fut donnée par l'examen histologique. Il s'agissait d'un épithélioma. Les douleurs cessèrent pendant quelques jours, pour reparaitre avec une intensité telle que la malade ne cessait de réclamer la morphine. Une nouvelle intervention, dans laquelle on supprima toute la mastoïde et toute la région accessible du rocher, ne donna que quelques jours de trêve. Finalement la malade succomba à une érosion de la jugulaire, quatre mois après cette seconde intervention, un an et demi environ après le début de la maladie.

A retenir dans cette observation la prédominance du symptôme douleur, l'absence de suppuration et même de suintement ichoreux de fétidité, de tendance aux hémorragies, et aussi la lenteur du processus dans une région entourée d'organes importants, de vaisseaux et de ganglions lymphatiques.

CAS II. — Le second cas, dans lequel le diagnostic fut également méconnu au début, n'est pas moins intéressant.

Il s'agit d'un ouvrier, 50 ans, sans antécédents pathologiques, qui constate dans les premiers jours de mai 1909 que son oreille gauche suppure, fait auquel il n'attache aucune importance jusqu'au jour rapproché où sa femme appelle son attention sur l'odeur répugnante de son oreille et de tous les objets en contact avec son oreille.

Il consulte alors un confrère spécialiste, qui diagnostique un polype du conduit et en pratique l'exérèse, sans que la fétidité ni l'écoulement lui-même soient atténués par cette intervention. Celle-ci, au contraire, paraît accélérer la marche du processus, qui

se généralise avec une extrême rapidité. Une semaine avant que le malade ne meure, l'aspect qu'il présentait était effrayant. Le conduit était obstrué par une masse fongueuse adhérente à la paroi antérieure, avec infiltration œdémateuse de toute la région temporo-maxillaire jusqu'à la bouche. Le ganglion prétragien avait les dimensions d'une pomme; il était ulcéré et suppurant. Les ganglions sous-maxillaires et ceux de la chaîne cervicale étaient tuméfiés et douloureux. Le malade ne pouvait ouvrir la bouche, et l'alimentation s'accompagnait d'horribles souffrances. L'évolution de ce processus dura quatre mois à peine.

Ainsi, et les deux cas qu'on vient de lire le prouvent bien, l'examen histologique peut s'imposer pour distinguer dans la première période l'otite fongueuse, voire même un vulgaire polype d'une néoplasie maligne.

Mossé.

Le cancer de l'oreille moyenne et les recherches modernes sur le cancer, par R. LEIDLER (*Archiv. f. Ohrenheilk.*, Bd. LXXVII, nos 3 et 4).

Les 3 observations de cancer de l'oreille moyenne montrent que le diagnostic de cette affection est très difficile au début. Plus tard la grande douleur, le pullulement des bourgeons hémorragiques, la cachexie ne pourraient tromper que les moins expérimentés. L'examen radiologique permettra à l'avenir de reconnaître les petites destructions de l'oreille moyenne, comme nous les voyons dans les cholestéatomes. L'opération indiquée dans ce cas permettra plus facilement de reconnaître la néoplasie non soupçonnée. Il est intéressant à remarquer que le cancer de l'oreille frappe relativement souvent les individus encore jeunes. Un malade de Leidler n'avait que 49 ans. La cachexie est très précoce dans le cancer de l'oreille. L'hypothèse de Zéroni d'un virus spécial cachectisant n'est pas nécessaire pour appliquer cette cachexie précoce. Les douleurs intolérables apparaissant dès le début de la maladie suffiront pour expliquer la dénutrition. Il est très difficile de dire quand le cancer de l'oreille moyenne devient inopérable. Malheureusement, malgré tous les progrès de la chirurgie, le pronostic de ces opérations est mauvais. Sur les 3 cas de Leidler, le premier concerne un homme de 46 ans chez lequel le cancer a probablement débuté en juillet 1907. Le malade a été opéré en novembre. Quatre semaines après l'opération, la récurrence se produisait déjà. Le malade y succomba en août 1908. Le deuxième cas concerne un jeune homme de 49 ans atteint d'otorrhée depuis

quatre ans. En mai 1906, douleurs dans l'oreille et hémorragie profuse. Le malade est opéré le 13 septembre. L'opération n'améliore pas son état subjectif. Le malade quitte la clinique avec une large plaie remplie de grosses granulations fongueuses. Enfin le troisième cas est celui d'une femme de 46 ans, qui a subi trois opérations à la clinique de Zaufal en 1906. Quand elle s'est présentée en 1908, à Alexander, quinze mois après la dernière opération, elle était très cachectique; son poids était descendu de 102 kilogrammes à 61 kilogrammes; son état local était de façon à exclure toute opération.

LAUTMANN.

Du soi-disant symptôme fistuleux dans les affections de l'oreille interne, par VOÏATCHEK (*Ejenedelnik*, n° 41, nov. 1909).

On sait que le symptôme fistuleux indique une menaçante labyrinthite purulente et présente un phénomène de périlabyrinthite, c'est-à-dire d'usure de la paroi osseuse du labyrinthe avec mise à nu du membraneux. La pression sur le labyrinthe membraneux provoque du nystagmus. Le soi-disant nystagmus pneumatique est provoqué par une augmentation de la pression atmosphérique dans le conduit auditif et peut être démontré à l'aide d'un obturateur auriculaire inventé par l'auteur. Cet obturateur ferme hermétiquement le conduit et le réunit à un petit ballon en caoutchouc. Le malade regarde droit devant lui et fixe un point quelconque. Si l'on comprime le ballon, les yeux, en cas d'usure de la paroi labyrinthique, commencent aussitôt à osciller, et chaque oscillation se compose, comme on le sait, de deux mouvements.

Le degré de pression qu'il faut employer pour provoquer un nystagmus varie de la plus faible compression de l'air dans le ballon jusqu'à l'application de toute la force. Voïatchek a fait des mensurations exactes à l'aide d'un manomètre à mercure et a trouvé que le nystagmus peut parfois déjà apparaître à $+4$ ou $+2$ centimètres de mercure, mais que la pression habituelle est de $+45$ à $+30$ centimètres. Une pression négative provoque toujours un nystagmus en sens inverse. Si, en condensant l'air, le mouvement rapide est dirigé à droite, en le raréfiant ce dernier se dirigera à gauche.

L'auteur relate 4 cas de fistule labyrinthique, observés à la clinique du Pr Simanowski (de Saint-Petersbourg); dans 2 le symptôme fistuleux était présent, dans les 2 autres, cette réaction faisait défaut en raison de l'abolition de la fonction des canaux semi-circulaires. Voici brièvement résumée l'histoire de ces 4 cas.

Cas I. — K..., 45 ans. Otite suppurée chronique double avec granulations. Examen pneumatique de l'oreille gauche : une pression à 4^{cm},5 de mercure provoque un nystagmus horizontal rotatoire très vif avec mouvement rapide à gauche ; à une compression graduelle et des plus prudente du ballon, on observe le phénomène suivant : le globe oculaire ne se déplace que très lentement vers la droite ; si l'on cherche à ne pas porter la pression à 4^{cm},5, on ne constate pas d'autre mouvement ; si ensuite on lâche le ballon avec les mêmes précautions, l'œil revient toujours lentement. On parvient ainsi à déceler la particularité suivante : une augmentation et une diminution de pression très légères et lentes ne donnent pas lieu à un nystagmus typique vrai, mais en provoquent seulement le mouvement lent. Le malade réagit bien à la centrifugation. A l'examen calorique, on observe une certaine diminution des fonctions de l'appareil des canaux semi-circulaires du côté gauche, c'est-à-dire là où il est si facile de provoquer la réaction pneumatique.

Opération radicale. — Cholestéatome. Les canaux horizontal et supérieur sont érodés sur une étendue considérable. Si, au cours de l'opération, on presse sur ce point avec une sonde, on n'observe qu'un mouvement lent du globe oculaire vers la droite ; en diminuant la pression, l'œil revient lentement à gauche.

Ce cas est une confirmation de la théorie moderne du nystagmus, d'après laquelle le mouvement lent n'est qu'un phénomène primitif, purement réflexe, de la réaction labyrinthique, tandis que la secousse brusque est secondaire et sous la dépendance d'une impulsion volontaire. D'ailleurs, l'observation faite au cours de l'opération s'accorde parfaitement avec cette théorie : sous la narcose, quand les mouvements volontaires étaient supprimés, la pression sur la lésion canaliculaire n'a provoqué qu'un mouvement nystagmique lent. Cette circonstance que l'appareil des canaux semi-circulaires ne réagissait pas normalement à la calorification et que la réaction s'est montrée affaiblie s'explique par le fait que le malade, ainsi que cela résultait de l'anamnèse, se livrait sur lui-même à de fréquentes expériences et provoquait du nystagmus pneumatique par la pression sur le tragus. Il est probable que la répétition fréquente de ces expériences endommageait le délicat appareil ampullaire.

Cas II. — A. K..., 48 ans. Otite moyenne suppurée chronique gauche. Trois jours avant l'admission à l'hôpital (24 octobre 1908), vertige violent rendant la marche impossible. Parésie faciale

gauche. Nystagmus spontané du côté droit. À l'épreuve pneumatique, on obtient, à une pression de plus 15 centimètres de mercure, un renforcement du nystagmus du côté sain et un vif mouvement défensif du corps (balancement des deux côtés).

L'examen ultérieur a démontré une abolition complète des fonctions du limaçon et des canaux. 28 octobre : le nystagmus pneumatique fait défaut. L'examen de l'ouïe montre une surdité complète du côté gauche. 31 octobre : cure radicale. Fistule du canal semi-circulaire horizontal. La pression avec un stylet ne provoque pas de réaction oculaire. 40 novembre : la fonction du labyrinthe commence à réapparaître. En sondant la fistule, on détermine une violente secousse, ce qui correspond à un nystagmus du côté gauche. 30 novembre : le malade entend la voix parlée forte *ad concham*.

Il s'agissait dans ce cas comme dans le suivant d'une labyrinthite séreuse.

Cas III. — A. O..., 22 ans. Depuis six ans otorrhée chronique double. À gauche, suppuration fétide mélangée de masses cholestéatomateuses; surdité complète; absence de la réaction calorique et du nystagmus pneumatique. Démarche titubante. On conclut à une paralysie complète probable du labyrinthe gauche. Opération radicale sur l'oreille gauche. Petite fistule du canal horizontal. Au bout de huit mois, l'ouïe du côté gauche s'est partiellement rétablie. Réaction normale à la centrifugation et à la calorification. Démarche droite. Symptôme fistuleux absent, la cavité opératoire s'étant définitivement épidermée.

Cas IV. — A. D..., 30 ans. Otorrhée chronique fétide du côté droit. Vertiges; démarche zigzagante. La fonction du limaçon et des canaux notablement diminuée à droite. Pas de symptôme fistuleux; ni nystagmus spontané, ni pneumatique. Les vertiges ont dans la suite tellement augmenté que le malade ne pouvait rester que dans le décubitus dorsal. Vomissements. À l'opération, on trouva une érosion du canal horizontal. Le sondage du canal membraneux ne provoquait pas de réaction, ce qui s'explique, car, jusqu'à la fin de l'observation, on n'a pu, à l'aide de l'épreuve calorique, provoquer aucune réaction et en même temps s'est déclarée une surdité complète du côté droit et une paralysie complète du labyrinthe correspondant. Dans ce cas, il n'y a pas eu d'amélioration.

TRIVAS.

Contribution à l'étude des labyrinthites, par GRÜNBERG (*Zeltschr. f. Ohrenheilk.*, Bd. LVII, n° 4, et LVIII, nos 1-2).

Les cas examinés par Grünberg dans le service de Körner apportent une contribution importante à la question de la labyrinthite. Le premier cas concerne une femme de 36 ans, chez laquelle une otite moyenne aiguë paraissant évoluer normalement s'est compliquée d'un abcès du lobe temporal qui, cinquante-trois jours après le début de l'otite, a été reconnu et opéré. L'opération est venue trop tard, car déjà il existait une lepto-méningite suppurée streptococcique, qui, trois jours plus tard, a emporté la malade. Au cours de cette méningite, on pouvait constater tantôt une surdité complète, tantôt une audition suffisante; de même la conscience de la malade était tantôt obnubilée, tantôt libre, sans que ces alternances coïncidassent. Une autre particularité constatée pendant la maladie était une tuméfaction œdémateuse du vertex s'étendant à droite et à gauche de la ligne médiane, comparable au céphalématome du nouveau-né. A l'autopsie, on a reconnu que l'abcès était bien vidé. A la tuméfaction du vertex ne correspondait pas, ainsi qu'on l'aurait pu croire, une thrombose du sinus longitudinal, mais seulement une pachyméningite circonscrite de la dure-mère. La leptoméningite était des plus étendue. La constatation la plus intéressante a été faite dans le labyrinthe. Sans parler de l'ectasie de la membrane de Reissner, qui ne nous paraît pas avoir une signification pathologique, Grünberg a pu constater l'existence d'une labyrinthite séreuse, c'est-à-dire il n'existait nulle part une véritable destruction du labyrinthe membraneux, mais partout à l'intérieur du labyrinthe on constate la présence d'une masse coagulée correspondant à l'exsudat séreux. Le plus intéressant nous paraît être que dans le trou interne de l'acoustique, autour du nerf acoustique, en le remontant jusqu'à l'espace sous-arachnoïdal, et de même dans le tissu périvasculaire de l'aqueduc du limaçon, se trouvent des chaînes de streptocoques. Or cette trouvaille n'a jamais été faite avec cette netteté, et elle a la véritable valeur d'une expérience. Elle nous permet de saisir pour ainsi dire sur le vif la genèse d'une labyrinthite séreuse devant son origine à une leptoméningite suppurée. Elle nous permet de suivre les voies d'infection qui étaient l'aqueduc du limaçon et les voies lymphatiques périneurales. Tous les histologistes qui se sont occupés de la question de la propagation de la suppuration de l'oreille interne vers l'endocrâne prétendent qu'il est difficile de prouver cette propagation par voie lymphatique. Dans le cas de

Grünberg, nous trouvons cette preuve faite au moins pour la voie rétrograde (endocrâne vers labyrinthe).

La constatation de cette labyrinthite séreuse a fourni à Grünberg occasion d'examiner les rapports entre la labyrinthite séreuse et la labyrinthite suppurée. Le cas de Grünberg se prête peu à ces recherches, car il est certain que, si la malade avait survécu, la labyrinthite aurait évolué vers la suppuration. Il est plus que probable que les alternances entre l'audition relative et la surdité complète qui constituaient une particularité de l'observation clinique étaient dues à la compression du cerveau. Mais il est certain que, dans d'autres cas, des auteurs ont constaté la conservation de l'audition après une labyrinthite dûment constatée. Voss, qui s'est surtout occupé de cette question, et Alexander admettent dans ces cas qu'il n'a pu s'agir que de labyrinthite séreuse. De même Herzog admet cette labyrinthite séreuse consécutive à l'otite moyenne tuberculeuse.

Non moins intéressant est un autre cas dans lequel l'étude histologique a permis de reconnaître des lésions du labyrinthe de date ancienne à côté des lésions tout à fait récentes. Il est regrettable que le malade n'ait pas été observé suffisamment longtemps avant l'opération et que son état n'ait pas permis, dans les trois jours qui séparaient l'opération de la mort, de faire un examen clinique détaillé. Le malade était porteur d'une ancienne otorrhée ayant amené une surdité complète. A l'examen histologique, on a reconnu que cette surdité complète était due à une labyrinthite chronique. Une fistule du canal horizontal, résidu de cette ancienne labyrinthite, a provoqué une réinfection du labyrinthe, qui s'est manifestée par un seul symptôme clinique : l'apparition brusque du vertige.

De la troisième observation, nous voulons surtout retenir une constatation clinique, pour laquelle l'observation rapportée fournit un exemple classique : c'est l'accalmie traitresse, les périodes de latence auxquelles on peut assister pendant que l'abcès du cerveau fait son évolution. Une femme de 41 ans, atteinte d'otite cholestéatomateuse depuis dix ans, doit, en raison de l'exacerbation de sa maladie, subir la radicale. Tout paraît bien marcher pendant un mois, quand la malade commence à se plaindre de tiraillements dans l'occiput et d'un peu de rigidité dans la nuque. Sept semaines à peu près après la première opération, on est obligé d'intervenir de nouveau pour des phénomènes faisant craindre une complication endocranienne. Cette opération est pour ainsi dire négative comme trouvaille opératoire, mais la malade entre dans une nouvelle période de calme, qui dure à peu près dix-huit jours. Le malade se

sent pendant cette période tout à fait bien, quand paraissent de nouveau des vomissements de caractère cérébral, douleurs occipitales, ralentissement du pouls, etc. Ces phénomènes augmentent à tel point qu'on fait la recherche de l'abcès cérébral même sans endormir la malade. Elle meurt dans le coma le plus profond et, à l'autopsie, on trouve une méningite récente, un abcès du cervelet, abcès extradural, un abcès du sac endolymphatique et une labyrinthite suppurée.

L'examen histologique a également permis de constater ici les traces d'une labyrinthite ancienne à côté de celles de la labyrinthite récente. Comme dans le cas précédent, la labyrinthite chronique a pu s'installer et provoquer des lésions très prononcées amenant la surdité sans que la malade ait été autrement gênée. Il est probable que la réinfection du labyrinthe a également eu lieu ici par une vieille fistule du labyrinthe. Au point de vue clinique, ce cas comporte un enseignement. Quand, dans l'otite cholestéatomateuse, la surdité est très prononcée, voire même totale, il faut songer à cette labyrinthite chronique dont l'auteur nous a apporté deux exemples et sur laquelle Siebenmann a déjà attiré l'attention. Il est indiqué de respecter cette labyrinthite, ou tout au moins de s'en méfier, quand pour une raison ou une autre l'oreille moyenne doit être opérée.

Il nous a été impossible d'insister sur le côté histologique. L'anatomie microscopique de la labyrinthite est un sujet favori de quelques otologistes allemands. Les cas bien étudiés sont publiés avec tous les détails et tellement complets qu'il est impossible d'en essayer l'analyse, toutes ces observations étant évidemment faites à dessein de servir plus tard à la confection du type classique.

LAUTMANN.

Contribution à la clinique de la suppuration du labyrinthe, par
FRANZ NUENBERG (*Archiv f. Ohrenheilh.*, Bd. LXXVI, n° 3-4).

La reconnaissance d'une fistule du labyrinthe est insuffisante pour nous renseigner sur l'état du labyrinthe. Tandis que les uns (Friedrich) croient que ces fistules sont une rareté et dues à une labyrinthite diffuse (et tout dernièrement Herzog a adopté une opinion analogue, niant la labyrinthite circonscrite et considérant en conséquence la fistule comme résidu d'une labyrinthite diffuse), d'autres auteurs croient que ces fistules se développent au contraire par un processus allant de la caisse vers le labyrinthe. A la clinique de Leutert, dont Nuernberg réflète les opinions, on croit également

que les fistules naissent par érosion du canal semi-circulaire. Ces fistules peuvent n'avoir aucune valeur clinique ou être symptomatiques d'une labyrinthite circonscrite.

Le diagnostic de la labyrinthite est chose très difficile, malgré tous les procédés recommandés ces dernières années.

Après avoir examiné la valeur de ces procédés et, autant qu'il nous semble, Nuernberg n'attache aucune valeur pratique aux expériences de von Stein ni aux renseignements fournis par la rotation du malade, notre auteur s'exprime textuellement de la façon suivante :

« Actuellement nous sommes exceptionnellement en état de faire le diagnostic de labyrinthite sans inspection préalable de la paroi osseuse externe de la capsule du labyrinthe. »

Un pareil aveu nous conduit bien loin en arrière et s'explique seulement par ce fait que, pour l'auteur, les symptômes de la labyrinthite terminée par la destruction de la fonction du labyrinthe et les symptômes de la labyrinthite floride ne peuvent être distingués que dans les cas où le pouvoir auditif du malade a graduellement diminué sous l'observation du médecin. En conséquence, Nuernberg ne voit pas une indication à la labyrinthotomie quand il constate la surdité, avec une inexcitabilité ou au contraire une hyperirritabilité de l'appareil vestibulaire. Au contraire, il voit une indication pour l'ouverture du labyrinthe dans les inflammations aiguës de l'oreille moyenne, quand les premiers symptômes d'une méningite commençante deviennent apparents.

Mais, même avec méningite commençante, la simple trépanation de la mastoïde sans ouverture du labyrinthe peut suffire comme dans un cas observé à la clinique de Gieissen et rapporté par l'auteur.

Dans les cas chroniques, les symptômes cliniques de la labyrinthite ont beaucoup moins de valeur pour indiquer la nécessité de l'intervention que les lésions qu'on constate sur la paroi interne de la caisse pendant la radicale toujours nécessaire dans ces cas. Une fistule du canal circulaire constatée à cette occasion n'indique nullement la nécessité d'ouvrir le labyrinthe, quand, par l'examen de cette fistule, on ne gagne pas la conviction de l'existence d'un foyer suppuré en connexion avec cette fistule.

En somme Nuernberg défend plutôt le principe conservateur dans les labyrinthites et s'éloigne beaucoup de la théorie de Hinsberg. Avec ce dernier, il partage l'opinion sur l'excellence du pronostic de l'opération dans les labyrinthites diffuses. Il considère même ce pronostic comme meilleur que celui de la labyrinthite non opérée.

Il considère l'ouverture du labyrinthe sain ou cicatrisé comme dénué de danger : 25 observations, dont seulement les points les plus importants sont rapportés, et une longue critique de chaque cas servant à étayer le diagnostic de la labyrinthite. Le travail de Nuernberg se termine par la bibliographie des principaux travaux parus ces dernières années sur la question de la labyrinthite.

LAUTMANN.

II. — LARYNX.

Deux kystes du larynx, par RIESTER (*Archiv f. Laryngol.*, Bd. XX, n° 4).

Chez une femme de 43 ans, on trouve une tumeur dans la moitié droite du cou. Cette tumeur est insensible à la pression et suit les mouvements du larynx. A l'examen du larynx, on voit que la tumeur remplit tout de sinus pyriforme et couvre le moitié droite du larynx. Le Pr Jurasz retire 2 centimètres cubes d'un liquide de couleur chocolat. La tumeur disparaît après la ponction, mais se reforme quelques jours plus tard. Dans le deuxième cas, il s'agit d'un garçon de 10 ans qui porte dans la commissure antérieure du larynx une tumeur grosse comme une cerise. La tumeur part du bord de la bandelette gauche. Jurasz enlève le kyste à l'anse chaude. A l'examen microscopique, on trouve à la paroi interne du kyste un épithélioma à cil vibratil. Il s'agit probablement d'un kyste par rétention ou plutôt d'un kyste d'origine embryonnaire.

LAUTMANN.

Diaphragme congénital du larynx, par HANSBERG (de Dortmund) (*Zeitschr. f. Laryngol.*, Bd. I, n° 4).

Un enfant de 8 jours, bien conformé, a présenté comme particularité de ne pas avoir proféré un seul son depuis sa naissance. Consulté pour cette anomalie et constatant quelques légers troubles respiratoires, Hansberg fait le diagnostic probable de diaphragme congénital du larynx. Les troubles respiratoires ont nécessité quatre mois plus tard la trachéotomie, que l'enfant a très bien supportée. Quinze jours plus tard, Hansberg a fait une laryngotomie sous cocaïne-adréraline. Il trouve une membrane épaisse partant de la commissure antérieure au-dessous de la corde droite en partie y adhérent et dirigée en arrière vers l'aryténoïde. Cette

membrane était d'un rouge pâle et d'une épaisseur de 6 à 8 millimètres. Résection de cette membrane. Suture de la plaie sur la canule. Décanulement six semaines plus tard. Le cas est exceptionnel parce que le diaphragme n'occupait pas pour ainsi dire la totalité de la lumière laryngée, et intéressant à cause de l'heureuse issue de l'intervention, la laryngo-fissure étant le plus souvent mortelle chez les enfants au-dessous d'un an. LAUTMANN.

Chordectomie externe et régénérescence des cordes vocales, par CITELLI (*Archiv f. Laryngol.*, Bd. XX, n° 1). — **Régénérescence des cordes vocales extirpées**, par B. FRÄNKEL (*Ibid.*).

Ces deux articles, analysés l'un à la suite de l'autre, montreront qu'il est difficile d'avoir une idée vraiment neuve dans notre spécialité.

Citelli a eu à soigner un malade atteint d'ankylose complète de l'articulation crico-aryténoïdienne droite et d'une ankylose presque complète dans l'articulation correspondante gauche. Ce cas, qui du reste a été amélioré par le traitement ordinaire par la dilatation lente, a éveillé dans l'esprit de Citelli l'idée de guérir les sténoses irréductibles du larynx dues à la position médiane permanente des cordes par l'extirpation des cordes après thyrotomie. Avant d'exécuter sur l'homme cette opération, Citelli a fait des expériences sur l'animal pour savoir quel sera le résultat fonctionnel de cette opération et dans quelles conditions les cordes vocales se régénéreront.

Fränkel est à même de répondre à ces recherches de Citelli, non par des expériences sur l'animal, mais bien par ses expériences cliniques personnelles. Il dit que, dans un article publié par lui en 1877, il a envisagé l'opération proposée par Citelli, et il l'a déconseillée. L'expérience, dit-il, a montré depuis que les cordes extirpées sont transformées par un tissu cicatriciel qui remplit de nouveau l'espace qu'on a voulu gagner par l'opération. Il ne suffira donc pas d'enlever simplement les cordes, il faudra aussi faire la résection des cartilages aryténoïdes. Après une telle opération, il ne peut plus être question d'une glotte phonatrice. Or la perte de la voix effraye tellement les malades que tous les « canulars », auxquels Fränkel a proposé de les débarrasser du port de la canule au risque de perdre leur voix, ont refusé.

Fränkel n'est pas seul à condamner l'opération proposée par Citelli. Citelli cite dans un article les publications de O'Dwyer et Hope, deux Américains qui sont allés plus loin que l'expérimentation, et qui, après deux opérations exécutées sur des malades, con-

damnent également la chordectomie comme moyen de guérir la sténose mécanique due à la position médiane des cordes.

LAUTMANN.

L'amputation de l'épiglotte dans la tuberculose du larynx, par JÖRGEN MÖLLER (*Zeitschr. f. Laryngol.*, Bd. I, n° 1).

Depuis que Alexander a construit une guillotine pour l'ablation de l'épiglotte, on est presque tenté d'enlever toutes les épiglottes raides et douloureuses chez les tuberculeux. Möller a exécuté dix fois cette opération avec un résultat que, au point de vue symptomatique, on peut qualifier d'excellent, puisque 9 fois la dysphagie a disparu à la suite de l'opération et 4 fois le larynx a été entièrement guéri. L'opération semble ne pas comporter de dangers. L'hémorragie est à craindre quand on sectionne le pli glosso-épiglottique ou pharyngo-épiglottique, c'est-à-dire quand on avance trop à la racine de l'épiglotte, où se trouvent les grands vaisseaux.

LAUTMANN.

Œdème du larynx après ingestion d'iodure de potassium, par KARL KOFLER (*Monatschr. f. Orenheilk.*, n° 2, 1909).

Après absorption de 3 grammes d'iodure de potassium, un cuisinier âgé de 37 ans a été pris quatre heures plus tard d'obstruction nasale avec étouffements, œdème des conjonctives, dysphagie, toux, rauçité de la voix et douleurs dans la poitrine. Le lendemain, on a pu constater encore les mêmes phénomènes et au larynx une coloration rouge vif de la muqueuse avec œdème des cordes et deux tumeurs sous-glottiques. La littérature très détaillée de ces accidents se trouve dans un article de Rosenberg (*Deutsch. mediz. Wochenschr.*, 1890).

LAUTMANN.

Extirpation d'un tuberculome du ventricule de Morgagni par thyrotomie. Guérison, par KÖRNER (*Zeitschr. f. Ohrenheilk.*, Bd. LVIII, n° 1-2).

Chez la malade, âgée de 27 ans, et autrement bien portante, un tuberculome s'est développé dans le ventricule de Morgagni. L'extirpation de cette tumeur a réussi par la thyrotomie. Körner, cherchant la raison pour laquelle son cas a si bien guéri, dit que la malade était jeune, bien portante, n'avait aucune autre localisation de tuberculose, que la localisation dans le larynx s'était faite sous forme de tuberculome et que la thyrotomie est une intervention

facile quand elle est faite sous anesthésie locale. Enfin il suppose que l'iodure de potassium, qui a été donné après l'opération, a contribué à empêcher la récurrence. Körner n'envisage pas la possibilité de guérir ces tuberculomes du larynx, à moins de frais encore par une opération endolaryngée, soit par la galvanocaustie, soit par l'excision. Les troubles de la voix constatés après la thyrotomie sont au moins un inconvénient avec lequel il faut compter, sans parler du danger que toute ouverture chirurgicale des voies aériennes comporte. Ainsi que Körner le constate au début, la valeur de la thyrotomie pour le traitement chirurgical de la tuberculose laryngée est différemment appréciée par les laryngologistes. LAUTMANN.

Paralysie laryngée dans la fièvre typhoïde, par PALLASSE (*Lyon méd.*, 1909, t. I, p. 879).

Observation avec autopsie d'une *paralysie récurrentielle double en position médiane*, survenue chez un garçon de 20 ans qui était entré à l'hôpital avec des signes de polynévrites généralisées, dans le cours d'une convalescence de fièvre typhoïde méconnue.

En présence de la dyspnée, on fut obligé de pratiquer d'urgence une trachéotomie qui ne put sauver le malade.

A l'autopsie, en plus des lésions classiques de fièvre typhoïde, on nota l'intégrité de la muqueuse laryngée et l'absence de compression récurrentielle. L'examen histologique des récurrents montra des altérations névritiques indéniables (fragmentation, en boule de myéline, en certains points disparition de celle-ci, caractéristiques de la variété segmentaire périaxile de Gombault).

Cette observation vient étayer la théorie névritique des paralysies laryngées typhiques. M. JACOB.

Laryngo-trachéotomie, par NAVRATIL (*Pester medic. chirurg. Presse*, nos 29 à 33, 1909).

C'est une pièce statistique qui englobe cinquante ans de pratique d'un seul médecin (1838-1908) et comporte 1088 cas, dont 449 de laryngo-trachéotomie, 554 de trachéotomie basse et 85 de laryngofissure. Quant aux détails, il est inutile d'y insister. Les travaux du doyen des laryngologistes hongrois sont connus de la nouvelle génération. On connaît les dangers de l'intubation prolongée dans le croup, et la plupart des chirurgiens préfèrent, à l'exemple de Navratil, la trachéotomie à l'intubation. Dans la tuberculose du larynx, la trachéotomie n'est pas une intervention indifférente. Sur 206 cas tuberculeux opérés pour de la sténose, la mortalité a

été de 89, c'est-à-dire plus de 40 p. 100. Il est vrai que 30 malades ont guéri entièrement.

Les papillomes du larynx chez l'enfant ont été généralement traités par trachéotomie préalable et exérèse endolaryngée. Chez les adultes, Navratil exécutait régulièrement la laryngo-fissure. Très intéressants sont les résultats obtenus pour cancer du larynx. Navratil a opéré 41 sujets (masculins), dont 3 ont été guéris et 20 sont morts, 16 ont eu une survie. Un homme de 76 ans a survécu un peu plus de deux ans à la simple trachéotomie faite pour cancer. Sur 11 résections du larynx pour cancer, Navratil a obtenu une fois une survie de plus de sept ans. Quand le cancer est bien délimité, l'auteur conseille la voie endo laryngée. Suivent encore rapidement énumérés quelques cas intéressants.

LAUTMANN.

Sur la valeur de la bronchoscopie en pathologie interne, par
EPHRAIM (*Berlin. klin. Wochenschr.*, n°s 43 et 44, 1909).

On n'a pas tous les jours un corps étranger à extraire des bronches. En suivant la route qu'a prise Ephraim et encore d'autres en même temps que lui, on trouvera un utile emploi pour les instruments de Brünings. Nous voulons dire utile non pas pour le médecin qui pourra de cette façon s'exercer dans la technique de la bronchoscopie, mais utile pour le malade, sous ce rapport qu'on pourra faire le diagnostic de beaucoup de maladies qui échapperaient autrement à nos autres investigations. Nous laisserons donc de côté les renseignements que la bronchoscopie peut donner au point de vue de l'anatomie et de la physiologie normales, et nous analyserons dans le travail d'Ephraim les parties ayant trait à la clinique.

Dans la bronchite, l'examen bronchoscopique ne correspond pas au résultat de l'auscultation. Souvent, dans la bronchite chronique, où nous entendons toutes sortes de râles humides et secs, la muqueuse des bronches n'offre aucune altération, de sorte que nous sommes obligés d'admettre que ces râles se produisent dans les ramifications fines des bronchioles. D'autres fois nous n'entendons rien à l'auscultation, et à la bronchoscopie nous voyons des traces nettes de bronchite. Ephraim a vu 4 malades considérés comme atteints de toux nerveuse parce que n'offrant pas le moindre signe à l'auscultation. Chez tous ces 4 malades, Ephraim a pu trouver des traces nettes de bronchite, soit rougeur, soit gonflement, soit aspect vernissé de la muqueuse.

La déviation de l'arbre bronchique à la suite de pleurésie, d'ané-

vrisme ou de cicatrice a été déjà constatée avant Ephraïm. De même sont très connues les sténoses de la trachée, qui le plus souvent sont d'origine syphilitique. Il faudra à l'avenir reconnaître les lésions syphilitiques des bronches, qui, d'après Herxheimer, sont bien plus fréquentes qu'on ne le pense, pour modifier leur pronostic si sévère.

Un champ tout nouveau pour le diagnostic et pour le traitement s'ouvre avec l'étude des affections des ganglions trachéo-bronchiques. On en connaît les difficultés du diagnostic à peine vaincues par les rayons X. Avec la bronchoscopie, on peut reconnaître non seulement si les ganglions ont provoqué la sténose des bronches et de la trachée, mais on peut déterminer leur siège exact. Mais, même sans sténose, rien que par l'élargissement de la carène de la trachée, Ephraïm a diagnostiqué l'existence des ganglions dans la région de la bifurcation. Dans 2 cas une forme anormale des bronches à la bifurcation de la bronche gauche a permis à Ephraïm de poser le diagnostic d'inflammation des ganglions péribronchiques.

Au point de vue du traitement, quelques essais ont été faits d'appliquer à ces ganglions un traitement, local. En premier lieu on a essayé d'empêcher l'irruption des ganglions suppurés dans la bronche. Assez souvent on a vu, surtout les pédiatres, des malades tousser pendant un certain temps, avoir de la dyspnée, des accès de suffocation et mourir brusquement. D'autres fois, les malades trachéotomisés à temps ont expectoré par la canule trachéale des masses ganglionnaires. Dans tous ces cas, il s'agissait d'irruption des ganglions suppurés dans les bronches. Tous les malades mouraient généralement, même ceux chez lesquels on a essayé le nettoyage de la bronche obstruée. Il est probable que ce pronostic changera à l'avenir. Les cas de Paunz et Winternitz cités par Ephraïm permettent de l'espérer.

Au point de vue symptomatologique, la bronchoscopie éclaircira souvent une toux qu'on aura tendance à qualifier de nerveuse (cas de Garel, syphilis des bronches se manifestant par la toux). L'hémoptysie pour laquelle l'examen rhinoscopique et l'auscultation seront restés muets et qui peut provenir des varices de la trachée, des tumeurs (cas de Killian), la douleur rétro-sternale. Enfin comme d'autres auteurs avant Ephraïm l'ont montré, la paralysie du récurrent, obscure souvent dans ses causes, pourra également donner une indication à la bronchoscopie.

Les contre-indications pour la bronchoscopie, à part un état cachectique de l'individu, disparaissent au fur et à mesure que l'expérience du médecin grandit. Le grand danger est l'intoxication

cocaïnique. Les inconvénients pour le malade sont indéniables, douleurs persistant quelquefois toute la journée, légère aphonie, malaises probablement dus à l'impressionnabilité du malade. Il est évident que la bronchoscopie ne fera jamais partie des moyens ordinaires de l'examen du malade, mais, quand le diagnostic le réclamera, il ne faudra pas hésiter à y recourir.

LAUTMANN.

Bronchoscopie pour les corps étrangers, par OTTO KÄHLER
(*Monatschr. f. Ohrenheilk.*, n° 2, 1909).

Chez un enfant de 6 mois et demi, Kähler a pu retirer sans difficulté, sous narcose, par la bronchoscopie supérieure (tube de Brünings, 7 millimètres de diamètre et 19 centimètres de long), l'enfant étant assis, un morceau d'os de la bronche gauche. C'est probablement le plus jeune patient opéré par voie bronchoscopique.

Aussi facile comme opération, mais moins heureuse comme issue, a été le cas d'une fillette de 6 ans qui a été opérée également par bronchoscopie supérieure, six heures après avoir aspiré un noyau de prune. L'enfant a très bien supporté la cocaïne, mais, après cocaïnisation, le corps étranger qui a été vu dans la trachée a brusquement disparu et a été aspiré dans la bronche gauche. Là il n'était pas très enclavé, car il suivait les mouvements de la respiration et faisait le bruit caractéristique du va-et-vient. Le corps a été retiré de la bronche, mais, au moment de l'extraction, il a disparu; il a été impossible de le retrouver ni dans la salle d'opération, où dans les poumons de l'enfant (par bronchoscopie, par auscultation, par rayons X). L'enfant avait probablement avalé le noyau pendant qu'il passait la bouche. L'enfant s'est très bien remise de l'opération, mais elle est morte trois jours après. On n'a pas retrouvé à l'autopsie le noyau. La mort était due à une trachéo-bronchite compliquée de pneumonie lobulaire.

Le troisième cas concerne un mineur de 17 ans, qui, six jours avant son entrée dans le service de Chiari, avait aspiré une partie de la coquille d'une noix. L'examen clinique et l'examen par les rayons X ne sont pas très nets; pourtant on voyait distinctement que le diaphragme du côté droit était diminué dans ses mouvements de respiration et que le médiastin allait vers la droite pendant la respiration. L'examen bronchoscopique a été des plus facile et l'extraction a réussi au premier essai.

LAUTMANN.

III. — PHARYNX

Sur le traitement chirurgical de la maladie de Basedow, par HILDEBRANDT (*Berlin. klinisch. Wochenschr.*, n° 29, 1908).

Le traitement de la maladie de Basedow s'est très simplifié. Dans les cas légers, on commence par l'un des sérums antibasedowiens, le plus commode, celui de Möbius, de X à XXX gouttes trois fois par jour. En cas d'insuccès, il faut conseiller l'opération. A la suite de l'opération, l'état subjectif s'améliore toujours. Les symptômes du Basedow disparaissent lentement, en dernier l'exophtalmie. En rangeant dans le même groupe les guérisons et les améliorations, on trouve le même résultat chez presque tous les chirurgiens, c'est-à-dire 80 à 90 p. 100. La mortalité de l'opération est certainement moindre que celle de la maladie, à peu près 12 p. 100. En opérant des malades pas trop cachectiques, cette mortalité s'abaissera ; toutefois on aurait tort de considérer l'intervention comme exempte de dangers. Même quand le malade a bien supporté l'intervention, il peut, dans les premiers jours qui suivent l'opération, être en proie à des symptômes alarmants : dyspnée, tachycardie énorme, transpiration intense, délire, cyanose, etc., en somme aggravation des symptômes de Basedow due à une résorption en masse du poison thyroïdien pendant l'opération. Il s'ensuit qu'il faut absolument refuser l'opération à tous les malades chez lesquels la tachycardie ne s'améliore pas par un repos au lit de plusieurs jours. Parmi les procédés opératoires, la strumectomie partielle (résection partielle de la glande thyroïde) est celui qui est le plus en faveur. Si il y a une récurrence, on peut ligaturer l'artère thyroïdienne du côté opposé, à la rigueur enlever une partie de la glande. Kocher commence généralement par ligaturer les artères thyroïdiennes et enlève la moitié de la glande thyroïde seulement en cas d'insuccès. L'opération se fait sous anesthésie locale. Après l'opération, la convalescence est lente ; elle peut durer même des années avant que le malade ne soit désintoxiqué.

LAUTMANN.

Les cultures de bacille lactique dans le traitement des affections du nez, de la gorge et de l'oreille, par HOLBROCK CURTIS (New-York) (*Medical record*, 11 juillet 1908).

S'inspirant des bons résultats obtenus dans le traitement des affections du tube digestif par l'introduction de cultures de bacilles

lactiques dans le tractus digestif, l'auteur a eu l'idée d'employer ces cultures en thérapeutique oto-rhinologique.

Pour les affections de la muqueuse pituitaire, il se contente de faire tous les deux jours des badigeonnages des différentes parties de la fosse nasale, avec un tampon imbibé de la culture. Un lavage à l'eau bouillie salée (les antiseptiques sont rigoureusement prescrits) précède l'application de la culture, et le malade doit éviter de se moucher pendant une heure après l'application du produit. En cas de sinusite, Curtis fait une introduction de 1 centimètre cube de la solution dans le sinus tous les deux jours.

Les résultats paraissent surprenants et méritent confirmation. L'auteur a guéri en moins d'un mois, deux sinusites ayant résisté à la cure chirurgicale, une ethmoïdite, une sinusite frontale (par simple pulvérisation de la culture à l'aide d'une insensibilisation). Il a amélioré 2 cas d'ozène. Il se propose de tenter le traitement dans les suppurations d'oreille.

H. CABOCHÉ.

Sur la valeur de la réaction de Wassermann en rhino-laryngologie, par WEINSTEIN (*Deutsch. mediz. Wochenschr.*, n° 39, 1909).

Il n'existe pas de travail d'ensemble sur la valeur de la réaction de Wassermann en rhino-laryngologie. L'importance de cette réaction est démontrée par l'auteur à l'aide de 8 cas qui tous étaient d'une difficulté insurmontable pour le diagnostic clinique ordinaire.

OBSERVATION I. — Femme de 29 ans mariée depuis sept ans; un accouchement d'un enfant mort-né. Depuis neuf mois, à la suite d'une grippe, obstruction nasale permanente, surtout à droite. La muqueuse du cornet inférieur droit, hypertrophiée à tel point qu'elle touche le septum et le plancher nasal. Partout dans la muqueuse de petits nodules grisâtres. Après cocaïnisation sur le septum, une tuméfaction saignant facilement, même tuméfaction sur le plancher. Diagnostic hésitant entre tuberculose, syphilis, rhino-sclérome. Examen histologique : tissu caractéristique pour tuberculose sans bacilles. Réaction de Wassermann (R. W.) : syphilis. On fait venir le mari, qui nie la syphilis. R. W. chez lui positive. Traitement antisiphilitique suivi de guérison. Aveu du mari.

OBSERVATION II. — Femme de 28 ans se plaint depuis deux ans de dysphagie. Sur le voile du palais, une ulcération superficielle dont les bords portent de petites granulations grandes comme un grain de chènevis. Les ganglions ne sont pas tuméfiés. Examen histolo-

gique confirme le diagnostic clinique de lupus. Par contre, R. W. positive. La malade raconte qu'elle a fait deux fausses couches au début du mariage. Son dernier enfant est bien portant. Traitement antisyphilitique amène la guérison.

OBSERVATION III. — Malade de 56 ans, atteint d'épistaxis provenant d'une ulcération du septum. Iodure de potassium reste sans effet. R. W. positive. Traitement mercuriel amène la guérison. Un an plus tard, nouvelle épistaxis. Cette fois la R. W. est négative. L'épistaxis provient également du septum, mais il n'existe pas d'ulcération.

OBSERVATION IV. — M. P... souffre de dysphagie depuis six semaines; s'est marié il y a trois semaines, a beaucoup maigri, prétend n'avoir jamais été malade; s'est fait délivrer un certificat de bonne santé avant son mariage. Le voile du palais est infiltré. Sur le pilier antérieur gauche, plusieurs petites ulcérations. Les ulcérations plus grandes sur la muqueuse du pharynx. Pas de ganglions. Tuberculose pulmonaire. Le diagnostic clinique penchait pour tuberculose du pharynx. R. W. positive. Amélioration par le traitement antisyphilitique.

OBSERVATION V. — Malade de 49 ans atteinte de syringomyélie. Depuis un an se plaint de coryza, écoulement de la narine gauche et formation de croûtes. Elle porte sur le septum gauche une ulcération grosse comme une pièce de cinquante centimes avec bords infiltrés, recouverte d'une croûte. Autour de l'ulcération, de petites granulations. Mêmes granulations se trouvent sur le septum de l'autre côté. Au milieu de l'ulcération, une perforation du septum. Diagnostic clinique, lupus. Traitement par l'iodure de potassium sans effet. Aucune histoire de syphilis. R. W. positive. Traitement antisyphilitique amène la guérison de l'ulcération.

OBSERVATION VI. — Malade de 22 ans atteint de raucité de la voix depuis deux ans. La luette manque, les piliers postérieurs rouges et granuleux. Granulations sur la muqueuse du pharynx, épiglote transformée en bourrelet épais avec granulations. Par-ci, par-là, sur l'épiglotte, des cicatrices blanches. Sur les fausses cordes et sur la paroi postérieure du larynx, même petites granulations. Tuberculose pulmonaire. Diagnostic clinique : lupus. Examen histologique incertain. R. W. positive. Traitement antisyphilitique suivi d'amélioration.

OBSERVATION VII. — Ouvrier de 59 ans atteint de dysphagie

depuis trois semaines, n'a jamais été malade, a des enfants bien portants. Le pilier postérieur est infiltré et porte une ulcération occupant la paroi latérale du pharynx jusqu'à l'épiglotte. Tuberculose pulmonaire. Examen histologique incertain. R. W. positive. Traitement antisiphilitique suivi d'amélioration.

OBSERVATION VIII. — Malade de 49 ans atteint depuis trois mois d'aphonie et de dysphagie. L'épiglotte est transformée en une tumeur remontant jusqu'à la base de la langue et couvrant le larynx.

La tumeur est d'une couleur rouge pâle assez dure au toucher et bosselée. Après avoir redressé la tumeur, on peut voir que les cordes, surtout la gauche, sont infiltrées. Le diagnostic clinique posé par tous les assistants et confirmé par Ferreri (Rome) visitant la clinique a été celui de tumeur maligne. R. W. positive. Le malade disparaît, mais revient neuf mois plus tard et raconte que la tumeur a été excisée dans une autre clinique. A l'examen, aucun doute possible. On voit des ulcérations profondes des parois latérales du pharynx, de la luette. Traitement antisiphilitique amène la guérison.

Ces observations n'ont pas besoin de commentaires. Depuis la publication de Karavski (*Berlin. klinisch. Wochenschr.*, n° 1, 1908), tous les chirurgiens ont recours à la réaction de Wassermann, dont l'emploi deviendra précieux en rhino-laryngologie également.

LAUTMANN.

La neurasthénie dans ses rapports étiologiques avec les rhinopharyngites chroniques, par ROVET (de Lyon) (*Arch. internat. de laryngol.*, janv.-fév. 1909).

Pour l'auteur, la neurasthénie n'est pas une forme nosologique légitime : un grand nombre de malades regardés comme neurasthéniques ont en réalité pour cause de leurs malaises une rhinopharyngite chronique. En effet la guérison de cette dernière amène la disparition de la névrose.

La pharyngite nasale devient facilement chronique à cause de la disposition anatomique de l'amygdale pharyngée à sillons profonds et de la fossette de Rosenmüller, dont les parois muqueuses s'accolent irrégulièrement et forment à ce niveau une cavité cloisonnée très favorable à la stagnation permanente des sécrétions. L'inflammation empiète sur l'orifice tubaire et très souvent l'oreille. D'autre part, sur les côtés du naso-pharynx est placé l'important paquet vasculo-nerveux du cou avec le ganglion cervical supérieur du sympathique. Le retentissement de l'inflammation sur tous ces organes explique

les divers symptômes neurasthéniques que présentent les malades atteints de rhino-pharyngites chroniques.

Certains troubles dérivent du naso-pharynx lui-même : ce sont les céphalées à prédominance occipitale; l'asthénie et l'instabilité mentale que l'on observe à leur plus fort degré chez les adénoïdiens; les accès d'oppression ou de toux nerveuse. D'autres dépendent des lésions catarrhales de la trompe et de la caisse; les rapports de l'oreille et de la neurasthénie sont maintenant classiques. Les bruits subjectifs, bourdonnements ou sifflements, la surdité, l'hyperacousie qu'on observe chez les neurasthéniques auraient dû faire examiner depuis longtemps l'appareil auditif; il en est de même des vertiges, que l'on sait maintenant rattacher à l'oreille vestibulaire, et qui entraînent si souvent les phobies de l'espace, l'angoisse, d'origine labyrinthique, et l'asthénie musculaire, tous symptômes essentiels de la neurasthénie. Les autres signes, moins importants, qu'on retrouve chez les neurasthéniques et se trouvent modifiés par le traitement du naso-pharynx, comme l'insomnie, la tachycardie, les palpitations, les intermittences, l'émotivité, peuvent être expliqués par le refroidissement de l'inflammation naso-pharyngienne sur les nerfs de voisinage, le sympathique surtout.

Quoi qu'il en soit, le traitement fait disparaître tous ces troubles. Il consiste tout d'abord à empêcher la stagnation des sécrétions dans les fossettes de Rosenmüller. A cet effet, l'auteur préconise la dilacération au doigt des adhérences salpingo-pharyngiennes, dont la rupture libère la trompe.

M. JACOD.

Tic douloureux de la face de forme aiguë et curable, par
M. LANNOIS (*Lyon méd.*, 24 oct. 1909).

L'auteur rapporte deux observations de malades chez lesquels il vit évoluer et guérir une névralgie épileptiforme du trijumeau en même temps qu'une otite moyenne aiguë.

Ces cas augmentent le nombre des névralgies trifaciales qui n'ont pas les caractères classiques de tenacité, chronicité et incurabilité, mais qui évoluent d'une manière aiguë et sont parfaitement curables.

On peut même penser que tous les tics douloureux ont passé par cette phase et sont devenus chroniques lorsque la lésion périphérique causale a déterminé de la névrite ascendante et a réagi sur la cellule ganglionnaire. Une fois la gassérite installée, elle résiste à toutes les interventions qui ne sont pas l'ablation du ganglion lui-même.

Un dernier point intéressant est de savoir pourquoi, chez certains malades, la douleur d'une otite aiguë peut revêtir un caractère si violent de névralgie épileptiforme. Peut-être faudrait-il incriminer une disposition anatomique : il existe fréquemment des espaces cellulaires faisant communiquer la pointe de la pyramide rocheuse soit avec les cellules mastoïdiennes, soit même avec la caisse ; d'autre part, le plancher de la fossette du ganglion gassérien est souvent réduit à une simple lamelle, parfois déhiscente. On peut croire que l'inflammation de la caisse a pu, dans les cas observés, gagner par cette voie la capsule du ganglion. Les deux malades, d'ailleurs, pouvaient être prédisposés, puisque l'un était un très ancien diabétique et l'autre un alcoolique.

M. JACOD.

Abcès du cou, fissures de Santorini et de Glaser, par GRÜNWALD
(*Zeitschr. f. Ohrenheilk.*, Bd. LVII, n° 4).

L'ouverture dans le conduit d'un abcès provenant d'un organe voisin de l'oreille est très rare. Grünwald doute que l'ouverture d'un abcès de la parotide, d'un ganglion, etc., dans le conduit soit chose constatée en otologie. Les pédiatres ont rapporté quelques exemples, mais avec examen insuffisant de l'oreille. Pour se rendre compte de la possibilité de ces fusions normales du pus, Grünwald a institué deux expériences sur deux têtes d'enfants morts, qui lui ont démontré que les fissures de Santorini et de Glaser permettent en effet cette irruption. Il rapporte aussi l'observation de l'ouverture d'un ganglion suppuré rétro-maxillaire dans le conduit, par la fissure de Glaser.

LAUTMANN.

Ostéomyélite du maxillaire supérieur chez le nouveau-né, par
LANDWEHRMANN (*Zeitschr. f. Ohrenheilk.*, Bd. LVII, n° 4-2).

On commence à signaler un peu partout cette ostéomyélite chez le nouveau-né et chez l'enfant pendant la première dentition. Voici l'observation faite à la clinique de Körner. Un garçon de 3 semaines est admis dans le service de Körner avec tuméfaction dans la région du maxillaire droit et écoulement purulent du nez. Dans la fosse canine droite, une fistule. Quelques jours plus tard, fluctuation au-dessus du sac lacrymal droit. Après incision, écoulement du pus. La sonde introduite par l'incision peut sortir par la fistule dans la fosse canine. On enlève quelques masses osseuses ramollies et quelques granulations. Le follicule de la canine droite est dénudé. Après une rémission, nouvelle tuméfaction. On enlève par la fistule de la fosse canine un séquestre. Le mois suivant,

d'autres séquestres sont enlevés. Guérison définitive après de nombreuses maladies (otite suppurée, varicelle, ganglions suppurés, etc.). Il est probable que le follicule dentaire a été infecté. Ce follicule se trouve, d'après Brown Kelly, au milieu de l'os et quand, après suppuration, le pus doit s'extérioriser, il provoque des perforations dans la fosse canine, dans la fosse nasale et vers l'angle interne de l'œil, ainsi qu'on l'a pu constater dans le cas rapporté.

LAUTMANN.

La röntgénéthérapie du goitre, par WOHRIZEK (*Prager mediz. Wochenschr.*, n° 51, 1909).

Les röntgénélogistes sont en émoi depuis que Eiselsberg a prétendu que la röntgénéthérapie n'améliorait pas les goitres simples et compliquait dangereusement les goitres basedowiens. Depuis cette publication de Eiselsberg, les röntgénélogistes ne cessent pas de publier des guérisons du goitre par les rayons X. Wohrizek a également eu occasion de röntgéniser 11 cas de goitre, qui tous n'ont pas guéri, mais dont 2 lui ont donné un succès éclatant. Le premier cas concerne un homme de 52 ans, atteint d'un goitre simple chez lequel les phénomènes subjectifs (dyspnée) et objectifs (respiration stridoreuse, voix goitreuse) ont disparu dès la première radiation. L'autre cas est celui d'une jeune fille de 27 ans, chez laquelle les phénomènes d'un basedow pas très prononcé ont également rapidement rétrocedé. La difficulté du traitement radiologique réside dans le dosage. Nous craignons que la grande foi qu'a Wohrizek dans la dosimétrie ne lui semble un jour injustifiée.

LAUTMANN.

Contribution à l'étude des abcès rétro-pharyngés, par SINAKEVITCH (de Kazan) (*Vratchebnaja Gazeta*, n° 11; 1909).

La malade, qui venait de se rétablir d'une fièvre typhoïde, fut admise à l'hôpital, le 13 mai 1908, pour une tuméfaction douloureuse du côté gauche datant de trois jours et s'accompagnant de fièvre, de dyspnée et d'un mauvais état général.

Le côté gauche du cou était le siège d'une grosse tuméfaction douloureuse, de consistance molle, fluctuante et de forme ovalaire. Ses limites étaient en arrière le bord postérieur du sterno-cléido-mastoidien et en avant la trachée, qu'elle refoulait vers la droite; en haut elle atteignait l'angle inférieur du maxillaire et arrivait en bas à 4^{cm},5 de la clavicule. La cyanose était peu marquée, malgré une forte dyspnée, et il n'y avait point de dysphagie. Perte

complète de la voix. Rien d'anormal dans la cavité buccale et sur la paroi latérale et postérieure du pharynx. Laryngoscopie impossible par suite de la faiblesse de la malade. Pupille gauche dilatée ; pouls faible, 140. Nombreux râles dans les poumons. Température élevée.

Sous l'anesthésie locale, ouverture immédiate de la tuméfaction cervicale par une incision longue de 8 centimètres. Après avoir découvert et élargi, à l'aide d'une pince, la paroi postérieure de la gaine musculaire du sterno, un énorme jet de sang jaillit de la plaie, comme après la rupture d'un anévrysme. L'hémorragie a pu être rapidement arrêtée par l'introduction du doigt dans une cavité assez grande dont les parois étaient molles et granuleuses. On n'a pas constaté la présence de pus. Tamponnement et pansement. Quelques minutes après l'opération, *paralysie faciale droite* complète.

Dans la soirée, l'état de la malade s'aggrava considérablement, et elle succomba le lendemain matin à un abaissement progressif de l'activité cardiaque.

L'autopsie révéla les faits suivants. Dans les parties profondes de la musculature, se trouvait un abcès qui était situé immédiatement sous la muqueuse pharyngée, sur le côté postéro-latéral gauche. Par place, il n'était séparé du pharynx que par une couche de muqueuse très amincie. La cavité abcédée, longue de 3 centimètres et large de 4^{cm},3, contenait du pus liquide jaune verdâtre. Pour se rendre compte si le foyer purulent rétro-pharyngé n'avait pas une origine osseuse, on a examiné les maxillaires supérieur et inférieur, ouvert l'apophyse mastoïde et la pyramide du temporal ; mais nulle part on n'a trouvé trace de lésion. A l'examen de l'ouverture opératoire du cou, on n'a pas trouvé sa cavité circonscrite ; toutes les couches musculaires ainsi que le tissu cellulaire étaient infiltrés de sang. Les gros vaisseaux du cou étaient intacts. On n'a pas trouvé de communication avec l'abcès rétro-pharyngé. Les autres organes ne présentaient pas d'altérations caractéristiques.

De l'analyse de son cas, l'auteur conclut que le processus inflammatoire du cou était primitif et l'abcès rétro-pharyngé secondaire. L'hémorragie était probablement due à la rupture d'un vaisseau de volume considérable à la suite d'un léger traumatisme, tel que toux, vomissements. La mydriase et la tachycardie ont été provoquées par la compression du sympathique et du vague. Quant à la paralysie droite, il est assez difficile d'en donner une explication.

TRIVAS.

Calcul de l'amygdale, par ALFREDO RODRIGEZ VARGOS (de Vallo-
dolid) (*Boletín Laringol.*, fév. 1909).

Chez un sujet de 25 ans, à l'examen du pharynx, l'auteur trouve une amygdale congestionnée, proéminente, et sur laquelle se détache en forme de cratère une surface blanche, opaline, qui donne l'impression d'un chancre syphilitique ou d'une amygdalite cryptico-ulcéreuse. L'exploration de cette surface à l'aide du stylet permet d'en reconnaître la dureté pierreuse et dissipe par conséquent toutes les incertitudes du diagnostic. Il s'agit d'un calcul de l'amygdale dont l'extraction fut relativement facile.

Ce calcul pesait 5 grammes ; il était piriforme, de couleur grisâtre, et pesait 5 grammes. L'analyse chimique fixait ses divers éléments de la façon suivante :

Eau	6,12 p. 100
Matières grasses	0,20 —
Phosphate de chaux	67,58 —
— de magnésie	4,87 —
Carbonate de chaux	12,78 —
Substances organiques	8,82 —

Mossé.

Hyperplasie de l'amygdale pharyngée, par HAUSSELMANN (*Monatschr. f. Ohrenheilk.*, n° 2, 1908).

Voici le début de cet article : « Me fiant à plusieurs centaines de cas, j'étais jusqu'à hier d'accord avec différents livres disant que l'hyperplasie de l'amygdale pharyngée se voit seulement à partir de la troisième année. » Ensuite l'auteur raconte qu'il a enlevé de grosses végétations adénoïdes chez un enfant de six mois. Quoi qu'il ne soit pas fréquent de diagnostiquer les végétations adénoïdes chez les nourrissons, il est néanmoins vrai qu'elles ne sont pas rares.

LAUTMANN.

NÉCROLOGIE

ÉMILE ZUCKERKANDL (1849-1910)

Zuckerkindl, élève de Hyrtl, lui succéda dans la chaire d'anatomie de Vienne et continua les traditions de l'école. Il fut un des rares anatomistes de son époque qui resta de parti pris en dehors de la grande voie ouverte par les travaux de Darwin et ne se consacra pas exclusivement à l'étude d'anatomie comparée. L'anatomie humaine et ses applications médico-chirurgicales lui apparurent comme un champ assez vaste. Très jeune, Zuckerkindl se révéla comme anatomiste. Son premier travail sur les vaisseaux du cœur fut écrit à 21 ans. Il est suivi à 23 ans par une série de mémoires sur l'embryologie du conduit auditif externe, sur l'anatomie et la physiologie de la trompe d'Eustache.

A la forte discipline de l'école de Rokitansky, dont il devint l'assistant, Zuckerkindl compléta ses études d'anatomie pathologique. Professeur extraordinaire en 1879, il prit pour objet d'étude l'anatomie des fosses nasales : le premier volume de son livre : *Sur l'anatomie normale et pathologique des fosses nasales et de ses cavités pneumatiques*, parut en 1882. Cette date fait époque : elle marque pour la rhinologie l'apparition du premier grand travail scientifique, que son auteur qualifiait modestement de travail de vérification et de contrôle.

En 1882, on le nomma professeur à Gratz ; en 1888, il prend possession de la chaire d'anatomie de Vienne, où il professa jusqu'à la fin de sa carrière devant un auditoire toujours empressé de médecins et d'élèves venus pour l'écouter de tous les pays du monde.

Les dictionnaires et les grands traités spéciaux se disputèrent l'honneur de sa collaboration : on lui doit les chapitres sur l'anatomie de l'organe de l'audition et de l'organe de l'olfaction dans le dictionnaire d'Eulenburg. L'anatomie de l'oreille dans le traité de Schwartze est signée par Zuckerkindl, celle du larynx dans le traité de Heyman, etc. Il dirige la *Monatsschrift für Ohrenheilkunde*. Entre temps, il continue ses recherches originales sur l'anatomie des voies olfactives.

Mais Zuckerkindl ne resta pas spécialisé dans un territoire limité de corps humain. Ses travaux s'étendirent à un vaste domaine : l'anatomie de l'appareil génital, la morphologie des grandes artères. Il découvrit l'agglomération chromaffine qui porte son nom : corpuscule de Zuckerkindl. Et l'anatomie topographique elle-même devint une de ses applications préférées. L'étendue de ses connaissances anatomiques ne l'empêcha jamais d'en voir toujours l'application pratique immédiate. Ainsi demeurera-t-il toujours l'anatomiste des médecins et des chirurgiens.

Au demeurant, homme plein d'entrain, de grande activité, heureux de sa vie de travail, il n'aimait ni la tristesse ni la gravité empruntée. Zuckerkandl lutta désespérément pendant plus de deux ans contre la maladie. Elle l'abattit brusquement le 28 mai 1910.

OUVRAGES ENVOYÉS AUX ANNALES.

F. SCHIFFERS : Les examens universitaires et les cliniques spéciales (Extrait de *Rev. hebdomad. de laryngologie*, etc., 1910).

— De la pathogénie de l'ulcère perforant de la cloison du nez (Extrait de *Rev. hebdomad. de laryngologie*, etc., 1910).

C. COMPAIRE : Devons-nous anesthésier pour l'adénotomie ?

— A propos d'un cas de fistule congénitale tyro-laryngo-lingual.

— La valeur clinique d'un nouvel anesthésique local en oto-rhino-laryngologie.

— L'atrophie ozéneuse et ses complications oto-cranio-cérébrales. Communication au III^e Congrès espagnol de laryngologie, Séville, 12-17 avril 1910, Velesco, édit., Madrid, 1910.

URBANTSCHITSCH. — Lehrbuch für Ohrenheilkunde, 5^e édit., Urban et Schwarzenberg, édit., Berlin et Vienne, 1910. Prix : 48 marks.

Benzocalyptol (Inhalations et gargarismes). — Affections inflammatoires et infectieuses de la gorge, du nez, du larynx, des bronches. (Voir aux Annonces.)

CHLOROFORME DUMOUTHIER

Préparé spécialement pour l'*Anesthésie* ; sa conservation dans le vide et en tubes jaunes scellés le met à l'abri de toute altération.

Dépôt : PHARMACIE BORNET, Rue de Bourgogne, PARIS



OUATAPLASME

du Docteur ED. LANGLEBERT

ADOPTÉ par les MINISTÈRES de la GUERRE, de la MARINE et les HOPITAUX de PARIS

Pansement complet Aseptique, blanc, sans odeur.

Précieux à employer dans toutes les inflammations de la Peau :

ECZÉMAS, ABCÈS, FURONCLES, ANTHRAX, PHLÉBITES, etc.

P. SABATIER, 24, Rue Singer, PARIS, et dans toutes les principales Pharmacies.

Le Gérant : PIERRE AUGER.

11
12
13
14